

Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä

Laura Mäkinen

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma

Syyskuu 2015

LAURA MÄKINEN: Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä

Pro Gradu -tutkielma, 68 s. + liitteet 2 s.

Sosiaalipsykologia

Syyskuu 2015

Ikäihmistien määrän kasvu ja laitoshoidon vähentäminen aiheuttavat painetta ikäihmistien kotona tapahtuvan hoidon tehostamiseen ja kehittämiseen. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki sekä ikäihmistien palvelujen laatusuositus antavat suuntaviivat ja määräykset hoidon toteuttamiseen, mutta niiden onnistunut toteuttaminen on viimekädessä riippuvaista hoitohenkilökunnan yksilöllisistä toimintatavoista. Tällaisia onnistuneen hoitotyön edellytyksenä pidettyjä toimintatapoja ovat muun muassa moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote. Vaikka nämä toimintatavat lienevät käsitteinä kaikille vanhustyöntekijöille tuttuja, vaikuttavat niiden mahdollisesti eriävät käsitteenmäärittelyt toimintatapojen toteuttamiseen käytännössä ja lopulta myös hoitotyön onnistumiseen. Selvitän pro gradu -tutkielmassani, miten kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät määrittelevät onnistuneen hoitotyön edellytyksenä pidettyjä moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työotetta.

Tutkielmani aineistona ovat maaliskuussa 2015 tekemäni kotihoidon (1kpl) ja kotikuntoutuksen (2kpl) teemoittain etenevät ryhmäkeskustelut. Ryhmäkeskustelujen kesto on yhteensä noin neljä tuntia, josta kertyi litteroitua tekstiä yhteensä 81 sivua. Aineistoanalyysini pohjana käytin D'Amourin ym. (2005) tekemää jaottelua moniammatillisen yhteistyön osa-alueista sekä kirjallisuuden pohjalta tekemääni jaottelua kuntouttavan työotteen määrittelyistä. Selvitin, miten osapuolten omat käsitteenmäärittelyt suhteutuvat kirjallisuudessa esitettyihin käsittemäärittelyihin. Lisäksi selvitin ovatko haastateltavien määritelmät keskenään samansuuntaisia kunkin ulottuvuuden kohdalla, vai tuovatko haastateltavat esiin toisistaan eriäviä määritelmiä. Selvitin myös, mitä haastateltavat pitävän moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen estävinä ja edistävinä tekijöitä. Analyysissäni korostuu osapuolten esittämien määritelmien vertailu, sillä tutkimukseni tavoitteena on löytää edellytyksiä kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden yhteiselle tavalle määritellä työnsä keskeisiä käsitteitä.

Analyysini osoitti kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmien noudattavan kunkin moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen osa-alueen kohdalla samansuuntaista kaavaa; osapuolten käsitteenmäärittelyistä löytyy selkeitä yhtäläisyyksiä, mutta kotikuntoutuksen työntekijät veivät määrittelyt astetta pidemmälle. Kotihoidon työntekijöille moniammatillinen yhteistyö näyttäytyy toimintana, jossa he hoitavat oman osuutensa yhteisen asiakkaan hoidosta ennalta sovittujen ja ulkopuolelta annettujen ohjeiden mukaisesti. Kotikuntoutuksen työntekijöille moniammatillinen yhteistyö on asiakkaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin yhteistä prosessointia. Kuntouttavan työotteen keskiössä on molempien osapuolten määritelmässä asiakkaan omatoimisuuden ja avustamisen rajan löytäminen. Kotikuntoutuksen työntekijöiden laaja-alaisempi kuntouttavan työotteen määrittely kertoo kuitenkin heidän moninaisemmista mahdollisuuksistaan asiakkaan todellisen toimintakyvyn tunnistamiseen ja sen mukaisesti toimimiseen.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, kuntouttava työote, kotihoito, kotikuntoutus, sisällönanalyysi

Sisällysluettelo:

1.	Johdanto	1
2.	Tutkimuksen lähtökohtia	2
2.1.	Kohti kotihoitoa	2
2.2.	Tampereen kotihoito	5
2.3.	Vanhuspalvelulaki ja vanhuspalvelujen laatusuositus	6
2.4.	Tampereen kotikuntoutus	7
2.4.1.	Kotikuntoutustutkimusta	9
3.	Tutkimuskehityksen muotoutuminen	12
3.1.	Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä	13
3.1.1.	Yhteistyötä estävät ja edistävät tekijät	18
3.2.	Kuntouttava työote	19
4.	Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	24
5.	Aineisto ja analyysimenetelmä	26
5.1.	Aineiston esittely ja aineistonkeruu	26
5.1.1.	Pohdintaa aineistonkeruusta	28
5.2.	Sisällönanalyysi	30
5.2.1.	Sisällönanalyysin toteutus	31
6.	Analyysi: moniammatillinen yhteistyö	34
6.1.	Jakaminen	34
6.2.	Kumppanuus	37
6.3.	Keskinäinen riippuvuus	39
6.4.	Valta	41
6.5.	Prosessi	42
7.	Analyysi: Kuntouttava työote	43
7.1.	Asiakkaan toimintakyky ja voimavarat	44
7.2.	Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys	46
7.3.	Yhdessä toimiminen asiakkaan kanssa	47
7.4.	Työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelu	50
7.5.	Työntekijöiden yhteistyö	53
8.	Yhteenveto ja johtopäätökset	55
8.1.	Moniammatillinen yhteistyö - Oman osuuden hoitamista vai yhdessä prosessointia	56
8.2.	Kuntouttava työote - Toimintakyvyn ja toimintatapojen rajoilla	62
9.	Pohdinta ja kehittämissuhteet	66
	Lähteet	69
	Liitteet	75

1. Johdanto

Kuvitellaan kaksi ystävästä, jotka sopivat tekevänsä elämäntaparemontin muuttamalla ruokailutottumuksiaan terveellisempään suuntaan. Ystäväysten tavoite, terveellinen ruokavalio on ainakin sanana yhteisesti jaettu ja käytetty, mutta mitä jos toinen määrittelee terveellisen ruokavalion herkuttelun vähentämiseksi ja samaan aikaan toinen ryhtyy karppaamaan ja välttämään prosessoituja elintarvikkeita. Tällöin osapuolten tavat kulkea kohti terveellisiä ruokailutottumuksia ovat hyvin erilaiset. Vaikka tavoite voi olla molemmille ajatuksena selkeä, pyrkivät osapuolet eri tavoin määriteltyyn tavoitteeseen käytännössä hyvin erilaisin menetelmin. Tässä esimerkissä osapuolet toimivat kuitenkin yksilöinä pyrkien omaan henkilökohtaisesti määriteltyyn tavoitteeseensa yksin. Mutta mitä jos tavoite ei olisi vain sanana yhteisesti jaettu ja käytetty, vaan osapuolilta edellytettäisiin todellista yhteiseen tavoitteeseen pyrkimistä. Miten tähän yhteiseen tavoitteeseen päästään, jos osapuolten määritelmät siitä ovat hyvin erilaisia ja eri laajuisia?

Ikäihmisten hoitotyö on nykyisin useimmiten tiimityötä, jossa eri ammatteja edustavien työntekijöiden osaamisen katsotaan johtavan asiakkaan hoidon kannalta parhaaseen lopputulokseen. Ikäihmisten hoitotyön nähdään siis edellyttävän moniammatillista yhteistyötä. Tämän lisäksi työntekijöiden edellytetään nykyisin huomioivan työskentelyssään asiakkaan toimintakyky tukemalla ikäihmistä omatoimisuuteen. Tällaista työskentelytapaa kutsutaan kuntouttavaksi työotteeksi. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote ovat siis toimintatapoja, joita pidetään usein sekä valtakunnallisissa, että paikallisissa päätöksissä ja linjauksissa onnistuneen hoitotyön edellytyksinä.

Vaikka toimintatapoja edellytetään kaikilta ikäihmisten hoitoon osallistuvilta työntekijöiltä, ovat toimintatapojen määritelmät kuitenkin aina yksilöllisiä. Toimintatapojen yksilölliset määritelmät vaikuttavat alun esimerkin tavoin myös tapoihin toteuttaa niitä. Lähtökohtana tutkimukselleni onkin ajatus siitä, että erilaisten päätösten ja linjausten peräänkuuluttamat kotona asumisen mahdollistavat toimintatavat vaativat toteutuakseen ja onnistuakseen kaikkien osapuolten jakamia näkemyksiä ja määritelmiä, eli yhteistä tapaa puhua niistä. Ikäihmisten hoitoon osallistuvien tahojen kesken ei alussa esittämäni esimerkin tavoin enää riitä se, että kullakin työntekijällä on oma näkemyksensä yhteisestä tavoitteesta, vaan toimintatapojen onnistunut toteuttaminen vaatii niiden yhteistä määrittelyä.

Pro gradu -tutkielmani tavoitteena on tehdä nämä määritelmät näkyviksi ja tarkastella niiden avulla osapuolten mahdollisuuksia yhteisten määritelmien löytämiseen ja yhteisten tavoitteiden toteuttamiseen. Tutkielmassani selvitän, miten Tampereen kaupungin kotihoidon sekä kaupungin uutta palvelua tuottavan kotikuntoutuksen työntekijät määrittelevät moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtä. Lisäksi selvitän, mitä työntekijät pitävät moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtä estävinä ja edistävinä tekijöinä. Näiden käsitteiden määrittelytapoja lähdän tutkielmassani kartoittamaan tekemällä teemoiteltuja ryhmäkeskusteluja sekä kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijöiden parissa. Haastattelujen sisällönanalyysin toteutan D'Amourin ym. (2005) tekemän *moniammatillinen yhteistyö* -käsitteen sekä aineistohaun pohjalta tekemäni *kuntouttava työote* -käsitteen jaottelujen avulla.

Tutkimuksen laajempaan tavoitteeseen on tuottaa tietoa kaupungin ikäihmisten palveluja tuottavien tahojen käyttöön. Tuloksia voidaan hyödyntää osapuolten yhteistyön vahvistamiseen yhteisiä näkemyksiä ja toimintatapoja löytämällä. Tutkielmani lopussa esitän tutkimustulosten pohjalta muodostettuja kehittämissuhteita, joilla voidaan vastata tutkimuksessa esiin nousseisiin haasteisiin. Tutkimus tukee osaltaan myös Tampereen kaupungilla jo käynnistyneitä hankkeita (kts. Lampi 2014), joissa ikäihmisten palveluja on ryhdytty uudistamaan.

2. Tutkimuksen lähtökohtia

Tässä kappaleessa käyn tarkemmin läpi tutkimuskohteinani olevia kotihoitoa ja kotikuntoutusta. Alkuun kerron lyhyesti kotihoidon muotoutumisesta Suomessa ja sen kehitykseen vaikuttaneista historiallisista ja väestöllisistä muutoksista. Tämän jälkeen kerron tarkemmin Tampereen kaupungin kotihoidosta ja sen keskeisistä toimintaperiaatteista, minkä jälkeen avaan näiden toimintaperiaatteiden taustalla vaikuttavaa lainsäädäntöä ja suosituksia. Kappaleen lopussa käsittelem Tampereen kaupungin ikäihmisille suunnattua kotikuntoutusta, jonka toiminnalla pyritään vastaamaan muun muassa näiden lainsäädännön ja suositusten asettamiin vaatimuksiin. Lopuksi käyn läpi aikaisempaa kotikuntoutustutkimusta.

2.1. Kohti kotihoitoa

Vaikka puheet hoivataakasta, eläkepommista ja huoltosuhteen heikkenemisestä ovat viime vuosien aikana kiihtyneet julkisessa keskustelussa, on sosiaali- ja terveyspalveluiden saralla ikärakenteen muutokseen herätty todenteolla jo 70-luvun lopulta lähtien. Toki vanhusten oloja

lähdettiin parantamaan erilaisin eläke- ja asumisjärjestelmin heti sotien jälkeen, mutta 80-luvulla Suomessa havahduttiin ensikertaa uudenlaiseen väestönrakenteelliseen tilanteeseen; yli 65-vuotiaiden osuus oli kaksinkertaistunut vuodesta 1950. Syinä tähän pidettiin 1970-luvun suurta työperäistä maastamuuttoa sekä yleistä elinolojen ja terveydenhuollon parantumista. (Lähteenmäki 2003, 158–181; Paasivaara 2002, 62–104.) Maria Lähteenmäki (2003, 181) kuvailee tätä väestörakenteen muuttumista vanhenemisen yhteiskunnallistumisena, joka sosiaalipalvelujärjestelmien kehittämisen osalta tarkoitti lisääntyvää ikäihmisten tarpeiden huomioimista.

Vanhusväestön tarpeiden huomioimisen taustalla vaikutti suuresti kasvava ymmärrys ikääntyneiden heterogeenisyydestä. Aikaisemmin yhtenäisenä pidetty väestönosa alettiin nähdä eriäviä tarpeita, toiveita ja odotuksia omaavina yksilöinä, joiden erinäisiin vaateisiin pystyttäisiin vastaamaan vain vanhustenhoitoa monipuolistamalla. Siihen saakka vanhustenhoidossa oli 50-luvulta lähtien painotettu tasa-arvon nimissä laitoshoidoa, mutta vanhusväestön lisääntyessä ja laitoshoidon kallistuessa sen ei enää koettu vastaavan kasvavan vanhusväestön moninaisiin tarpeisiin. Tästä syystä 70–80-luvuilla tasa-arvon rinnalle nostettiin myös muita hyvinvointivaltion arvoja, jotka vanhustenhoidon kohdalla johtivat palveluhenkisyyskorostamiseen. Näitä asenne- ja arvomuutoksia seuranneen palveluideologian juurtumisen myötä vanhustenhoidossa siirryttiin vanhuspalvelujen suuntaan, mikä näkyi ennen kaikkea monipuolistuvina avopalveluina. (Paasivaara 2002, 62–104; Lähteenmäki 2003, 176–183; Rintala 2003, 135–136.)

Palveluhenkisyys ohella vanhustenhoidossa ryhdyttiin korostamaan ajatusta ikäihmisten oikeudesta asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Avopalveluiden moninaistamisen kohdalla tämä tarkoitti kunnallisten kodinhoitajien toiminnan laajentamista ja työntekijöiden lisäämistä. Kunnallinen kotipalvelu muodostettiin alun perin 50-luvulla ennen kaikkea lastenhoitoavuksi työelämään siirtyville naisille, mutta väestön ikääntyessä kotipalvelun toiminta alkoi vähitellen keskittyä vanhustenhoitoon. Vanhustenhoidon laaja-alaisuuteen tähtäävää avo- ja kotipalveluiden kehitystä jarrutti kuitenkin sosiaali- ja terveystieteiden erillään olo. (Lähteenmäki 2003, 176–183; Paasivaara 2002, 87–93; Anttonen 2009, 67–76.)

Tähän haasteeseen vastattiin vuonna 1973 Vanhustenhoidotoimikunnan muotoillessa koko vanhustenhoidon kenttää uudelleen. Tällöin avohuoltoon sisällytettiin kuuluvaksi sekä sosiaali- että terveydenhuoltopalvelut. (Lähteenmäki 2003, 176–177.) Sosiaali- ja terveystieteiden

yhdistäminen vanhustenhoidossa mahdollisti entisestään avopalveluiden laajentamisen. Nyt kotipalvelun toimintaan pystyttiin sisällyttämään perinteisen kodin "sisäisen" hoitoavun lisäksi myös "ulkoiset" tukipalvelut, kuten kuljetuspalvelut sekä sosiaalisuutta ja osallisuutta edistävät tukitoimet. (Lähteenmäki 2003, 176–183; Rintala 2003, 135–136; Anttonen 2009, 67–76.)

90-luvun alkuun saakka suomalaisessa vanhustenhoidossa korostui ajatus tasa-arvoisesta ja laajasta, mutta yksilöllisestä hoidosta. Anttonen ja Sipilän (2000) mukaan tämä kuitenkin käytännössä tarkoitti etenkin kotipalvelun kohdalla periaatetta "monille vähän". Tästä universalismia tavoittelevasta ajattelumallista jouduttiin kuitenkin luopumaan, kun palvelujen saantia ryhdyttiin merkittävästi rajaamaan laman ja valtion velkaantumisen myötä. Säästösyistä julkisia palveluja ryhdyttiin kohdentamaan niitä eniten tarvitseville. (Anttonen 2009, 75; Anttonen & Sipilä 2000, 141.) Vanhuspalveluiden kohdalla tämä muutos näkyy selkeimmin kotihoidon kattavuutta tarkastelemalla (Heinola 2007). Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden osuus laski vuosina 1995 – 2005 7,1 prosentista 6,3 prosenttiin. Vastaavasti 85 vuotta täyttäneiden osuus laski 21,8 prosentista 20,5 prosenttiin. Viime vuosien tilastoissa palvelujen kohdentuminen yhä iäkkäämmille asiakkaille näkyy aikaisempaa selkeämmin 85 vuotta täyttäneiden osuuden kasvaessa. Vuonna 2013 säännöllisen kotihoidon luvut olivat 65 vuotta täyttäneillä 6,2 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneillä 22,1 prosenttia. (SOTKANet.)

Palvelujen kohdentamisen lisäksi 90-luvun vanhuspolitiikassa ja hoidossa ryhdyttiin painottamaan toiminnan integraatiota ja palvelujärjestelmän kokonaisvaltaisuutta. Laman myötä kiihtynyt laitospaikkojen vähentämiseen tähtäävä vanhuspolitiikka ryhtyi painottamaan eri sektoreiden välistä vanhusten hyvinvointiin ja omatoimisuuden lisäämiseen tähtäävää yhteistyötä. Käytännössä integraation tavoittelu tarkoitti kotiin annettavien palvelujen kehittämistä kokonaisuudeksi, joka tukee ja mahdollistaa ikäihmisten kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Monet kunnat ryhtyivätkin vastaamaan tähän tavoitteeseen yhdistämällä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Lähteenmäki 2003, 186–188; Paasivaara 2002, 105–107; Tepponen 2007, 64–68.) Sini Eloranta ym. (2009) näkevät palvelujen yhdistämisen ja yhteistyön avulla saavutettavan tehokasta resurssien käyttöä, päällekkäisen työn välttämistä sekä palvelujen jatkuvuutta (Em. 136).

2.2. Tampereen kotihoito

Tampereen kaupungin kotihoito erkani vuoden 2015 alussa avopalvelujen tuotantoyksiköstä omaksi kotihoidon ja asumispalvelujen tuotantoyksikökseen. Muutos on osana Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelurakenteen muutos -hanketta, jonka tavoitteena on varmistaa ikäihmisten turvallinen asuminen kotona mahdollisimman pitkään. Uudella tuotantoyksiköllä pyritään vastaamaan paremmin ikäihmisten kasvaviin ja eriytyviin tarpeisiin. Tampereen kotihoidon palvelut ovat tarkoitettu täysi-ikäisille tamperelaisille, jotka alentuneen toimintakyvyn, sairauden tai muun syyn takia tarvitsevat apua kotona pärjäämiseen. Ikäihmisten kohdalla kotihoidon ensisijaisena tavoitteena on tukea ja lisätä ikäihmisten kotona asumista ja täten edesauttaa laitoshoidon vähentämistä. (Kotihoito ja asumispalvelut 2015, 3.)

Koska erkaantuminen on ollut vasta vuoden 2015 alusta voimassa, vaikuttavat ja heijastuvat avopalvelujen strategiat kotihoidon toimintaan. Tämän lisäksi kaikkia kaupungin hyvinvointipalveluja ohjaa Tampereen kaupunkistrategiaan pohjautuva hyvinvointisuunnitelma (Laatukäsikirja 2012; Tampereen kaupungin hyvinvointisuunnitelma 2014). Avopalveluiden strategian keskiössä on asiakaslähtöisyyden ja yhdessä tekemisen vahvistaminen sekä aloitteellisuuden ja vastuullisuuden lisääminen. Tavoitteena on asiakastyytyväisyyden lisääminen, palvelujen vaikuttavuuden parantaminen sekä henkilöstön työhyvinvoinnin parantaminen. (Tampereen kaupungin avopalvelut 2014B.)

Kotihoidon toiminnan ja palvelujen näkökulmasta nämä tavoitteet konkretisoituvat Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelujen lautakunnan vuosisuunnitelmaesityksessä (2014), jossa keskeiseksi tavoitteeksi esitettiin: *"...mahdollistaa ikäihmisten kotona asuminen ennaltaehkäisevillä ja kuntouttavilla palveluilla sekä järjestämällä palveluja ja hoitoa koteihin tarvittaessa ympäri vuorokauden"* (Tampereen kaupungin vuosisuunnitelmaesitys 2014, 1). Samat tavoitteet korostuvat ikäihmisten palvelujen osalta myös kaupungin hyvinvointisuunnitelmassa, jossa tuodaan esiin tarve vahvistaa kotihoidon palveluja, jotta ikäihmisten kasvaviin ja eriytyviin tarpeisiin pystytään vastaamaan (Tampereen kaupungin hyvinvointisuunnitelma 2014, 21). Nämä kaupungin sisäiset strategiat taas saavat suuntansa valtakunnallisista linjauksista ja laeista, joista ikäihmisten palvelujen osalta ovat tällä hetkellä keskiössä vanhuspalvelulaki sekä vanhuspalvelujen laatusuositus.

2.3. *Vanhuspalvelulaki ja vanhuspalvelujen laatusuositus*

Ikäihmisten itsenäisen asumisen mahdollistaminen ja laitoshoidon vähentäminen ovat olleet valtiovallan tavoitteena jo pitkään. Kotona mahdollisimman pitkään asuminen on useimmiten ikäihmisen oma toive, mutta se tuottaa myös valtiolle selkeitä taloudellisia säästöjä. (Lähteenmäki 2003, 172; Rintala 2010, 37.) Vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen tärkein tavoite onkin ohjata ja velvoittaa sekä julkisia että yksityisiä vanhuspalvelujen tuottajia kestävien, yksilöllisten ja monipuolisten ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen tarjoamiseen, joiden ensisijaisena toteutumisaikana on ikäihmisen koti ja sen lähiympäristö. (L28.12.2012/980; Kotihoito ja asumispalvelut 2015, 3.)

Vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista) eli niin kutsutun ikälain taustana on pyrkimys ikäihmisten laitosasumisen vähentämiseen sekä kotona tai kodinomaisessa asuinpaikassa elämisen mahdollistaminen. Lain tarkoituksena on tukea laaja-alaisesti ikäihmisten hyvinvointia ja lisätä mahdollisuuksia osallistua elinoloja ja palveluita koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kokonaisuudessaan laki pyrkii edistämään ikäihmisten mahdollisuuksia saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita. Tähän tavoitteeseen pyritään ensisijaisesti kehittämällä kotiin vietäviä sosiaali- ja terveyspalveluja. (L28.12.2012/980; Ympäristöministeriö 2013; Rautiainen 2013.)

Lain tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan vanhuspalvelulain toimeenpanon seurannalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) keräävät Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tutkimustietoa lain vaikutuksista sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä ikäihmisten toimintakykyyn ja koettuun palveluntarpeeseen ennen ja jälkeen lain voimaantulon. Näiden lisäksi tutkimuksissa arvioidaan lain toimeenpanon aiheuttamia kustannuksia. (THL 2014.) Vuoden 2013 lähtötilannetta tarkastellut raportti osoitti ympärivuorokautisen hoidon vähentyneen, valtiovallan pitkäaikaisen tavoitteen mukaisesti. Samassa kuitenkin todettiin, ettei säännöllistä kotihoitoa ole pystytty lisäämään. Lisäksi lähes puolet kotihoidon palveluita tarvinneista koki saaneensa palveluita riittämättömästi. Noro ym. (2014, 190–193) toteavatkin näiden kotihoitoa koskevien tulosten olevan kotona asumisen ja laitoshoidon vähentämisen näkökulmasta huolestuttavia, sillä ilman korvaavien toimintojen ja kotihoidon palvelujen kehittämistä on riskinä menettää laitoshoidon vähentämisen tuottamat hyödyt.

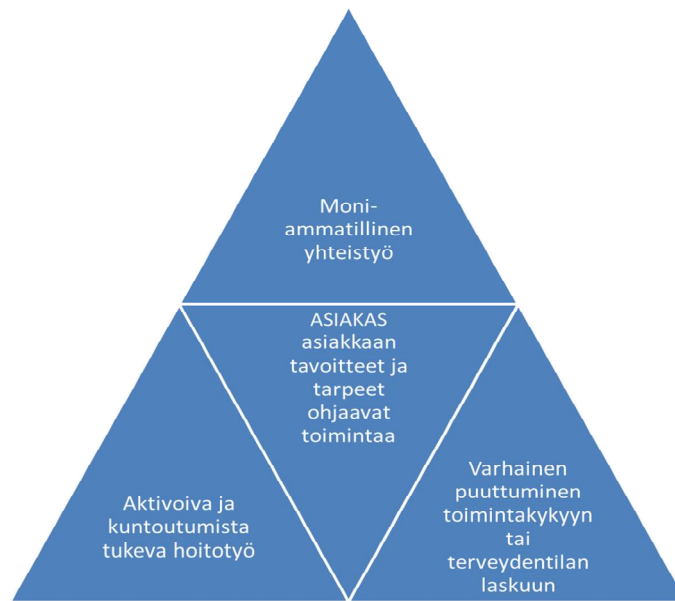
Vanhuspalvelulain lisäksi kehitteillä olevien ja jo olemassa olevien palvelujen ohjenuorana toimii Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013). Aikaisemmat laatusuositukset kirjattiin vuosina 2001 ja 2008, mutta vuoden 2013 laatusuositus pyrkii paremmin vastaamaan meneillään oleviin muutoksiin ja uusimpiin tutkimustietoihin. Suosituksen tavoitteena on: "...tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveysterveystoimintoihin annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa" (STM 2013, 3). Laatusuositus koostuu erilaisista ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sisällöstä, kuten osallisuus, asuminen sekä palvelujen rakenne. Jokainen osa-alue sisältää omat suosituksensa, jotka ohjaavat kunkin sisällön tavoitteiden toteuttamista. Suositus ei siis varsinaisesti velvoita kuntia ja yhteistoiminta-alueita toimimaan niiden mukaisesti, mutta sen tarkoituksena on toimia päätöksenteon ja palvelujen suunnittelun tukena sekä tarvittavien muutosten perusteluna (em. 2013). Seuraavassa avaan hieman tarkemmin toisena tutkimuskohteenani olevaa kotikuntoutusta, jolla Tampereen kaupunki pyrkii vastaamaan lainsäädännön ja suositusten asettamiin vaatimuksiin.

2.4. Tampereen kotikuntoutus

Edellä esitettyjä vanhuspalvelulakia ja palvelujen laatusuositusta mukailevat Tampereen kaupungin strategioihin kirjatut tavoitteet konkretisoituvat vuonna 2014 toimintansa aloittaneessa kotikuntoutuksessa. Kotikuntoutus on Tampereen kaupungin Kotikuntoutuksen kehittäminen 2013–2014 –projektissa käynnistynyttä palvelua, jonka tarkoituksena on tarjota kaupungin ikäihmisille kotiin vietäviä kuntoutuspalveluita. Projekti oli osana laajempaa Ikäihmisten palvelurakenteen uudistaminen (IPU) 2013–2016 –hanketta, jonka tavoitteena on edistää ikäihmisten laitoshoidon vähentämistä sekä hoidon painopisteen siirtymistä koteihin. (Lampi 2014; Vesaranta 2014.)

Kotikuntoutuksen tavoitteena on kotona tapahtuvan kuntoutuksen toimintamallien luominen ja niiden vakiinnuttaminen osaksi ikäihmisille tarjottavia palveluita. Kotikuntoutus tarjoaa kokonaisvaltaista kuntoutusta huomioiden toiminnallisen ulottuvuuden lisäksi myös asiakkaan psykososiaaliset tarpeet. Kotikuntoutus tarjoaa fysio- ja toimintaterapiapalveluita sekä kuntouttavaa harrastetoimintaa pyrkien saumattomaan ja kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen kuntoutuksen perustana on kiireetön vuorovaikutus ja läsnäolo ikääntyneen kuntoutujan kanssa. (Haapala 2014; Vesaranta 2014.) Alla

olevassa kuvassa esitetään kotikuntoutuksen perustaa, jossa kaiken toiminnan keskiössä ovat asiakkaan toiveet ja tarpeet:



Kuva 1: Kotikuntoutuksen perusta (Vesaranta 2014)

Saumattomuuteen ja moniammatilliseen yhteistyöhön pyritään kotikuntoutuksen sisäisen toiminnan lisäksi myös muiden kaupungin ikäihmisten palveluja tarjoavien tahojen kanssa. Tärkeimpänä yhteistyötahona on kaupungin kotihoito, jonka rinnalla kotikuntoutuksen kuntoutusjaksot useimmiten toteutetaan. Tällä hetkellä kotikuntoutuksen palvelut ovat tarkoitettu kotihoidon tai omaishoidontuen piirissä oleville yli 65 -vuotiaille tamperelaisille. Kotikuntoutus tarjoaa 3–12 viikon pituisia intensiivisiä kuntoutusjaksoja, jonka jälkeen omahoitaja huolehtii ja seuraa kuntoutumisen etenemistä. Onnistunut kuntoutuminen edellyttääkin kaikkien asiakkaan luona käyvien työntekijöiden sitoutumista kuntoutussuunnitelman toteutukseen. Kotikuntoutuksen henkilöstö koostuu apulaisosastonhoitajasta, toiminta- ja fysioterapeuteista sekä lähihoitajista. (Haapala 2014; Vesaranta 2014.)

Oleellista Tampereen kotikuntoutuksessa on, että asiakkaan toimintakyvyn laskun syy on tiedossa ja akuutti sairaus on pois suljettu. Tällä rajauksella kotikuntoutuksen asiakasryhmäksi kohdentuvat pääsääntöisesti ikäihmiset, joilla on edelleen runsaasti kuntoutumisen voimavaroja ja jotka hyötyvät kotona toteutetusta kuntoutuksesta. Lonkkamurtumista tai -leikkauksista toipuvien ikäihmisten kuntoutuminen tapahtuu pääsääntöisesti kaupungin muissa kuntoutuspalveluissa, mutta kotikuntoutukseen ohjautuu leikkauspotilaita akuutin vaiheen jälkeen jatkokuntoutukseen. Akuuttien sairauksien poissulkemisella ja laaja-alaisella geriatrisella arvioinnilla pyritään

kohdentamaan palvelua nimenomaan niille, joiden toimintakykyyn pystytään intensiivisellä kuntoutusjaksolla pysyvästi vaikuttamaan. (Haapala 2014; Vesaranta 2014.)

2.4.1. Kotikuntoutustutkimusta

Uusinta ikäihmisten kotikuntoutusta käsittelevää suomalaista tieteellistä tutkimusta edustavat Johanna Edgrenin (2013) ja Anu Salpakosken (2014) lonkkamurtumapotilaita tarkastelevat väitöskirjat, joissa molemmissa osoitettiin kotona tapahtuvan kuntoutuksen edistävän leikkauksesta toipumista ja liikkumiskykyä. Vastaavasti taas Tampereen kotikuntoutuksen kaltaista akuutit sairaudet poissulkevaa, kotihoidon ohessa toteutettavaa, kaikki toimintakyvyn osa-alueet huomioivaa kuntoutusta ei ole tieteellisesti tutkittu Suomessa lainkaan. Arto-tietokannasta löytyy vain kaksi kotikuntoutusta käsittelevää artikkelia. Ensimmäinen artikkeli käsitteli edellä mainittua Johanna Edgrenin (2013) väitöskirjaa lonkkamurtuman jälkeisestä kotikuntoutuksesta ja toinen psykiatrissa kotikuntoutusta (Nikkonen 2001). Elektra-tietokannasta hakusanalla kotikuntoutus ei löytynyt yhtään artikkelia.

Erilaisten hankkeiden ja pilottien lisäksi ikäihmisille suunnattua kotihoidon rinnalla toteutettavaa kotikuntoutusta onkin Suomessa tarkasteltu lähinnä sosiaali- ja terveysalan opinnäytetöissä. Opinnäytetöissä on tarkasteltu kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutujien kokemuksia (Katajainen 2013; Ruoti 2013) sekä työntekijöiden roolia ja työtehtäviä (Holopainen 2009; Einset & Krook 2013). Näissä opinnäytetöissä kotikuntoutusjaksojen todettiin vaikuttaneen positiivisesti ikäihmisten fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Toiminta- ja fysioterapeuttien osallisuutta tarkastelleissa opinnäytetöissä onnistuneen kuntoutuksen todettiin tapahtuvan ennen kaikkea moniammatillisissa tiimeissä, joissa eri ammattilaisten asiantuntemusta hyödynnetään aktiivisesti kuntoutusprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa. (Emt.)

Suomalaisen tutkimuksen puute todetaan myös Einsetin ja Krookin vuonna 2013 valmistuneessa kotikuntoutusta käsittelevässä opinnäytetyössä. He selvittävät opinnäytetyössään brittiläisiä, yhdysvaltalaisia, australialaisia ja uusi-seelantilaisia tutkimuksia tarkastelevan integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla mitä kotikuntoutus on. Keskeisenä kotikuntoutuspilottien ja raporttien tuloksena Einset ja Krook esittävät kotikuntoutuksen johtaneen säästöihin, kotihoidon tarpeen vähenemiseen sekä asiakkaiden toimintakyvyn ja itsenäisyyden paranemiseen. Myös työntekijät kokivat kotikuntoutuksen arvokkaana mahdollisuutena soveltaa kuntouttavaa näkökulmaa työssään. (Einset & Krook 2013, 3-4.)

Kansainvälisiä tutkimuksia etsin SAGE Journals Online ja Ebsco Host -tietokannoista hakusanoilla *reablement, restorative, homecare, home, elderly & rehabilitation*. Tarkempaan tarkasteluun otin artikkelit, jotka käsittelivät ikäihmisille suunnattua kotona ohjastusta ja/tai omatoimisesti toteutettavaa kuntoutusta. Tällä rajauksella haku osoitti tutkimuksien painottuvan akuuttien tilanteiden jälkeiseen fyysistä toimintakykyä korostavaan kuntoutukseen. Näissä ikäihmisten kuntoutustutkimuksissa kotona tapahtuvaa kuntoutusta tarkastellaan hyvin usein ortopedisten leikkauspotilaiden osalta (esim. Edgren 2013; Salpakoski 2014; Tsauo ym. 2005; Crotty ym. 2002; Kuisma 2002). Tämä painotus johtunee osittain erinäisten tapaturmien aiheuttamien lonkkamurtumien ja niiden hoitokulujen kasvamisesta väestön ikääntyessä (Sund ym. 2008, 9).

Fyysisen kuntoutuksen painottuminen näkyy tutkimuksissa myös erinäisten fyysistä toimintakykyä ja aktiivisuutta mittaavien mittareiden hyödyntämisessä tutkimustulosten keräämisessä. Esimerkiksi Zide, Kreuter & Frändin (2010) sekä Carmeli, Sheklow & Coleman (2006) ovat tehneet vertailututkimusta erilaista kuntoutusta saavien ikäihmisten ryhmille. Näiden ryhmien välisiä eroja ja erilaisten kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta arvioitiin toimintakykyä ja aktiivisuutta tarkastelevilla mittareilla.

Kotikuntoutusta koskeva aikaisempi tutkimus painottuu siis selkeästi ikäihmisten fyysiseen toimintakykyyn kohdistuvien vaikutusten määrällisiin mittauksiin. Lisäksi osassa tutkimuksista kotikuntoutus ei toteutustavoiltaan vastannut tutkimukseni keskiössä olevaa Tampereen kaupungin tarjoamaa kotikuntoutusta, jossa yhdistyy sekä ohjattu että ikäihmisen omatoiminen kuntoutuminen kotikuntoutuksen ja kotihoidon työntekijöiden yhteisellä tuella. Esimerkiksi Carmelin ym. (2006) tutkimuksessa tarkasteltu kotona tapahtuva kuntoutus tarkoitti ikäihmisen omatoimista liikuntaharjoittelua, johon asiakas sai ohjausta vain fysioterapeutin ensimmäisellä arviointikäynnillä.

Tampereen kotikuntoutuksen kaltaista eri työntekijöiden yhteistyössä toteutettavasta kotona tapahtuvasta kuntoutuspalvelusta käytetään englanninkielistä nimitystä *reablement* tai *restorative home care* (Einset & Krook 2013). Koska ensimmäisen aineistohaun tutkimuksissa painottui fyysisen toimintakyvyn kuntouttaminen ja tulosten mittaaminen, tein haun uudelleen etsien tutkimuksia, joissa tarkasteltiin kotikuntoutusta asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksien ja näkemyksien näkökulmasta. Tein haun SAGE Journals Online ja Ebsco Host -tietokannoista hakusanoilla *reablement, re-ablement* ja *restorative home care*.

Tampereen kotikuntoutuksen kaltaista ikäihmisten kotona asumista ja itsenäisyyttä tukevaa toimintaa on ryhdytty kehittämään erityisesti Englannissa (kts. Ryburn, Wells & Foreman 2009, 227–229). Tästä toiminnasta käytetään nimitystä *re-ablement services*. Sillä tarkoitetaan joko tiimeinä tai osana ”perinteistä” kotihoitoa toteutettavaa interventiota, jossa tähdätään ikäihmisten itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukemiseen toimintakykyä ja voimavaroja vahvistamalla. Noin kahden kuukauden mittaiset interventiot toteutetaan usein moniammatillisina tiimeinä, jotka koostuvat usein toimintaterapeuteista, sosiaalityöntekijöistä sekä re-ablement -toimintamalliin erikoistuneista kotihoidon työntekijöistä. Joissain tapauksissa myös fysioterapeutit ovat osana tiimiä. Keskeisenä osana tätä toimintamallia on interventioon osallistuvien työntekijöiden sitoutuminen asiakkaan itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukemiseen sekä menetettyjen voimavarojen kompensoimiseen ja heikentyneiden kykyjen vahvistamiseen. (Ryburn, Wells & Foreman 2009, 227–229; Rabiee & Glendinning 2011, 495–503.) Suomessa tällaista työskentelytapaa kutsutaan kuntouttavaksi työotteeksi, joka on Tampereella sekä kotikuntoutuksen että kotihoidon toimintamallina.

Parvaneh Rabiee ja Caroline Glendinning (2011) selvittivät tutkimuksessaan millaisia re-ablement services ovat Englannissa ja miten näitä palveluja tuotetaan. Lisäksi he selvittivät toimintamallin onnistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimus toteutettiin tekemällä haastatteluja palveluneuvojille (service managers) sekä ryhmäkeskusteluja työntekijöille (front-line staff). Lisäksi tutkijat kävivät havainnoimassa, miten re-ablement toimintamalli toteutuu käytännössä asiakkaiden kotikäynneillä. Tutkimuksen mukaan re-ablement toiminnan onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan luonne ja odotukset sekä työntekijöiden sitoutuminen, asenteet ja taidot. Onnistuminen edellyttää myös selkeää ja yhteisesti jaettua visiota toiminnasta sekä järjestelmällistä ja johdonmukaista tiedon tallentamista ja jakamista. (Emt., 495–498.)

Vaikka kotikuntoutusta on Suomessa kehitetty erilaisin hankkein ja pilotein (Valtionkonttori n.d. 2; Hupli 2014), on varsinaista tieteellistä tutkimusta aiheesta todella vähän. Kotikuntoutus on Suomessa toimintamuotona myös vielä varsin jäsentymätön. Vaikka re-ablement services toimintaa käsittelevät tutkimukset avaavat osaltaan aiheen kansainvälistä tutkimusta, ei tulosten heijastaminen suomalaiseen hoitotyön kenttään ole täysin suoraviivaista. Koska kotikuntoutus ja siihen rinnastettava re-ablement services eivät ole muusta ikäihmisten palveluista irrallisia kokonaisuuksia, vaan niiden rinnalla toteutettavaa toimintaa, on niiden tarkastelussa otettava huomioon laajemmin koko hoitotyön kenttä. Täten esimerkiksi Suomen ikäihmisten palvelujen

kokonaisuus heijastuu oleellisesti myös tapoihin toteuttaa ja järjestää kotiin vietäviä palveluja. Aikaisempi tutkimus osoittaaakin selkeän tarpeen suomalaisen kotihoidon rinnalla toteutettavan kotikuntoutus toiminnan tutkimiseen.

3. Tutkimuskehyksen muotoutuminen

Kuten kappaleessa 2.1. osoitin, on ikäihmisten hoitotyön kentällä ryhdytty erinäisten vaiheiden kautta edellyttämään toimintaa, jolla pystytään paremmin vastaamaan ikäihmisten yksilöllisiin ja kasvaviin tarpeisiin. Esimerkkinä näihin vaateisiin vastaamisesta ovat tutkimuskohteinani olevat kotihoito ja kotikuntoutus. Erillisinä toimijoina heiltä kuitenkin edellytetään yhteisiä toimintatapoja, joilla he vastaavat yhteisten asiakkaiden hoidosta. Tällaisia toimintatapoja ovat muun muassa moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote. Nämä ovat myös toimintatapoja, jotka ovat osana edellä esittämiäni valtakunnallisia säädöksiä ja suosituksia (L28.12.2012/980, 21§; L28.12.2012/980, 4§) sekä paikallisia kaupungin omia strategioita (Tampereen kaupungin avopalvelut 2014A; Kotihoito ja asumispalvelut 2015, 3).

Kiinnostukseni kohteena on, millaisina ikälain, laatusuosituksen ja Tampereen kaupungin omien strategioiden ja hankkeiden peräänkuuluttamat toimintatavat näyttäytyvät käytännön työtä tekevien kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöille. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät määrittelevät onnistuneen hoitotyön edellytyksenä pidettyä kuntouttavaa työtettä sekä moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi tutkin poikkeavatko nämä määritelmät toisistaan ja millaisia toimintatapoja estäviä ja edistäviä tekijöitä osapuolet tuovat haastatteluissaan esiin. Erittelen tutkimuskysymykseni tarkemmin kappaleessa 4.

Seuraavaksi perehdyn tarkemmin tutkimukseni keskeisiin käsitteisiin moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote. Nämä käsitteet ovat tutkimukseni keskiössä, sillä tarkastelen tutkimuskohteideni niistä tekemien määrittelyjen kautta, missä määrin kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemykset näistä toimintatavoista ovat yhteneväisiä. Tutkimukseni pohjautuu näkemykseen, jonka mukaan osapuolten yhteneväiset tavoitteiden ja toimintatapojen määritelmät ovat edellytyksenä näiden molemmilta osapuolilta vaadittujen toimintatapojen onnistuneeseen toteutumiseen. Tätä näkemystä avaan tarkemmin kappaleessa 3.1.

Alkuun avaan moniammatillista yhteistyötä käsitteenä aikaisempien tutkimusten pohjalta ja esitän D'Amourin ym. (2005) tekemän käsitteen jaottelun, jota käytän oman empiirisen aineistoni analyysin pohjana. Lisäksi avaan tutkimuksia, joissa tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hoitotyössä. Tämän jälkeen siirryn tarkastelemaan kuntouttavan työotteiden käsitettä aikaisemman tutkimuksen pohjalta. Kappaleessa esitän myös tekemääni aineistohakuun pohjautuvan kuntouttavan työotteiden käsitteen jaottelun, jota käytän D'Amourin ym. (2005) tekemän moniammatillisen yhteistyön jaottelun tavoin aineistoanalyysini pohjana.

3.1. Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot muodostuvat työryhmistä, jotka koostuvat eri ammattiryhmien edustajista. Vaikka työryhmän jäsenet tekevät joko suoraan tai välillisesti yhteistyötä potilashoidossa, on olemassa tekijöitä, jotka pitävät yllä ammattiryhmien välistä työjakoa. Erilaiset koulutustaustat, työtehtävien luonne sekä erilaiset ammattisäännökset saattavat olla esteenä aidon moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle. (Isoherranen 2008, 14; Erikson-Pietilä 2003, 8.) Sosiaali- ja hoitotyön kentän moninaistuminen onkin johtanut ajatteluun, jossa yhden asiantuntijan tietämyksen ei katsota enää riittävän tarjoamaan laadukasta ja kokonaisvaltaista hoitoa (Isoherranen 2008, 9–25). Sama näkemys koskee yhtäläillä myös ikäihmisten kotihoitoa (Emt., 19). Hoidon ja kuntoutuksen onnistumisen nähdään mahdollistuvan parhaiten eri ammattiryhmien edustajien osallistuessa ikäihmisen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Nikander 2003, 278; Koskinen, Pitkälä, Saarenheimo 2008, 559–563; Holma ym. 2002.) Onnistuneen ja taloudellisesti tehokkaan hoitotyön nähdäänkin toteutuvan parhaiten sosiaali- ja terveysalalla eri ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä (Isoherranen 2008, 28–29).

Yksinkertaisimmillaan yhteistyöksi voidaan kutsua vähintään kahden asiantuntijan työskentelyä yhteisen tehtävän ympärillä. Yhteistyö on kuitenkin paljon muutakin kuin yksittäisen tavoitteen tai tehtävän toteuttamista. Yhteistyön tärkeitä edellytyksiä ovat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutustaidot. Tehtävän suorittaminen ja päämäärän saavuttaminen edellyttävät tavoitteen ja käsitteiden yhteistä määrittelyä, eli toimijoiden yhteistä kieltä. Eri ammattinedustajien ja eri koulutuksen saaneiden ihmisten moniammatillisuus luo kuitenkin omat haasteensa yhteisen kielen löytymiselle. (Isoherranen 2008, 26–29.)

Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisen yhteistyön keskiössä on asiakaslähtöisyys. Yhteistyötä on kyettävä tekemään asiakkaan parhaaksi (Pärnä 2012, 50), huomioimalla asiakkaan elämän kokonaisuus sekä hänen hoitohistoriansa (Isoherranen 2008, 34). Asiakaslähtöisessä moniammatillisessa yhteistyössä on mukana useita eri alan asiantuntijoita, sekä mahdollisesti myös eri organisaatioita, jotka tuovat omat ammatilliset tietonsa ja taitonsa yhteisesti määritellyn tavoitteen saavuttamiseen (Pärnä 2012, 50; Isoherranen 2008, 34–35). Tietojen ja taitojen yhdistämisellä saavutetaan jotain, mitä yksittäiset toimijat eivät itsenäisesti työskennellessään voisi saavuttaa (Housley 2003, 11). Moniammatillinen yhteistyö luo uudenlaista asiantuntemusta ja osaamista rikkomalla ammatillisia ja organisaatioiden rajoja (Saaren-Seppälä 2004, 146–147). Rajojen rikkomisella tähdätään asiakkaan edunmukaiseen hoitotyöhön, jossa kunnioitetaan ja otetaan huomioon kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten tiedot ja taidot (Pärnä 2012, 50; Housley 2003, 1–14; Isoherranen 2008, 34).

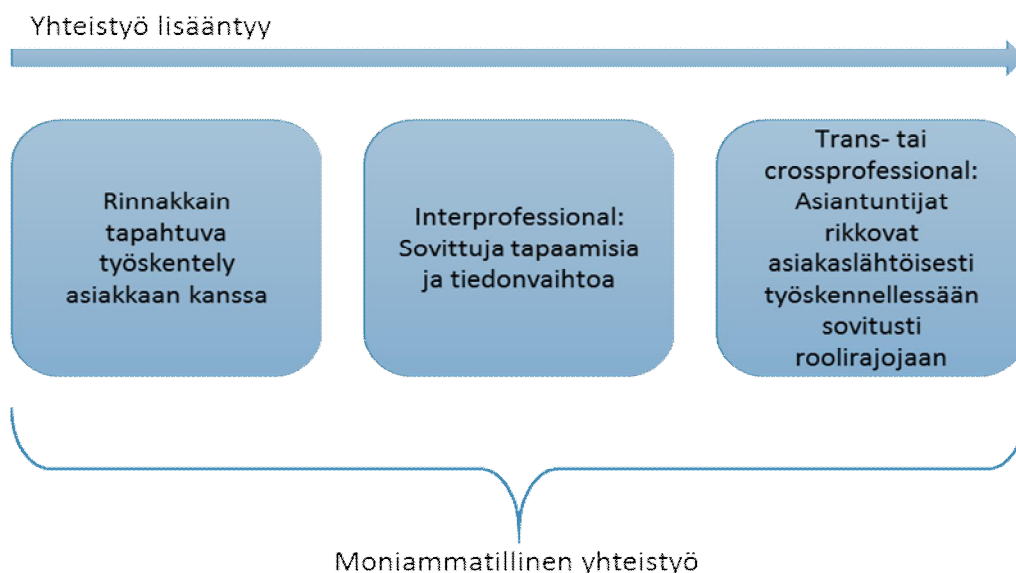
Kaarina Isoherranen (2008) esittää moniammatillisen yhteistyön taustalla vaikuttavan systeemisen ajattelutavan, joka laajentaa yhteistyön määrittelyä uudelle tasolle. Systeemi on eri osasten yhteyksistä muodostuva kokonaisuus, jossa kaikki osaset ja niiden toiminta vaikuttavat toisiinsa yhteistä päämäärää tavoitellen. Holismin idean mukaisesti osaset muodostavat kokonaisuuden, mutta kokonaisuudella on määräävä vaikutus osasiin nähden. Osaset luovat kokonaisuutena aina jotain uutta, eikä kokonaisuudessa muodostuvia ominaisuuksia voida nähdä yksittäisissä osasissa, systeemisestä kokonaisuudesta erotettuna. (Isoherranen 2008, 29–30.)

Moniammatillisessa yhteistyössä systeemin osaset muodostuvat eri ammattiryhmiä edustavista asiantuntijoista. Systeemisen ajattelun mukaisesti asiantuntijoiden osaamisen uskotaan helposti jäävän vaillinaiseksi ilman muiden asiantuntijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Isoherranen määrittelee moniammatillisen yhteistyön asiakaslähtöiseksi työksi, jossa eri asiantuntijat ja eri organisaatioiden edustajat työskentelevät yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisuus tuo kuitenkin yhteistyöhön erilaisia tiedon ja taidon näkökulmia, jolloin yhteistyön edellyttämän yhteisen kielen löytäminen hankaloituu. Tällöin eri alan edustajien erityisosaamisen, roolien ja käsitteistön yhteinen määrittelemine on onnistuneen yhteistyön edellytys. (Isoherranen 2008, 26–43.)

Väitöskirjassaan Kaarina Isoherranen (2012) toteaa käsitteistön yhteisen määrittelemisen koskevan myös itse moniammatillista yhteistyötä. Hän väittää, että moniammatillisen yhteistyön

käsitteen merkityksen ja taustan avaaminen auttaisi eri ammattilaisia kehittämään työkuulttuuria yhteistyötä tukevaksi (emt. 19). Suomessa moniammatillisen yhteistyön määrittelyjen moninaisuus selittyy osittain käsitteen laajuudesta. Käsite pitää suomenkielessä sisällään hyvin erilaisia yhteistyönmuotoja, jolloin käsitettä myös käytetään varsin monimerkityksisesti hyvin erilaisista yhteistyöntavoista puhuttaessa. (Isoherranen 2008, 33.) Myös Katariina Pärnä (2012) toteaa väitöskirjassaan käsitteen laajuuden olevan ongelmallinen, sillä se otetaan arkikäytössä helposti annettuna faktana. Tällöin kaikkien myös oletetaan tietävän, mitä käsitteellä tarkoitetaan, vaikka yhdellä käsitteellä voidaan viitata hyvin erilaisiin yhteistyön muotoihin. (emt. 48.)

Englannin kielessä moniammatillisuus (multiprofessional) käsitteen lisäksi käytetään yhteistyön eri tasoja kuvaavia käsitteitä interprofessional sekä trans- tai crossprofessional, joilla kuvataan rinnakkain työskentelyä pidemmälle edennyttä yhteistyötä. Interprofessional viittaa yhteistyöhön, jossa tietoa vaihdetaan ja käsitellään ennalta sovitun ajan, paikan ja tavan mukaan. Trans- ja crossprofessional viittaavat tarkoituksenmukaiseen ammatillisten roolirajojen rikkomiseen, jolloin mahdollistuu tietojen ja taitojen siirtyminen eri professioiden välillä. Suomenkielessä sateenvarjokäsitteenä toimiva moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään kaikki nämä yhteistyön eri tasot ja muodot. (Isoherranen 2008, 33–39.) Kuvassa 2 havainnollistuu moniammatillisen yhteistyön käsitteen moninaisuus.



Kuva 2: Moniammatillinen yhteistyö sateenvarjokäsitteenä (Isoherranen 2008, 39 mukaan).

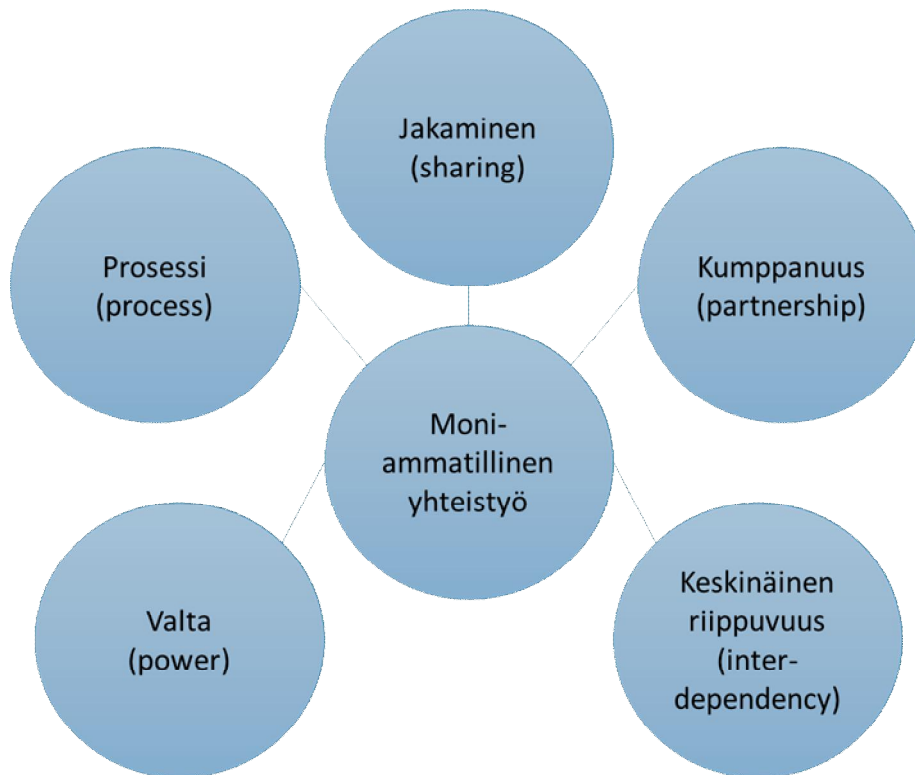
Moniammatillinen yhteistyö on siis sekä suomen että englanninkielisenä terminä varsin laaja ja moninainen käsite. Katariina Pärnä (2012) toteaa väitöskirjassaan moniammatillisen yhteistyön

olevan dynaaminen ja alati määrittyvä käsite, jonka merkitystä luodaan sekä laajemmin organisaatiotasolla, että yksittäisten työryhmien vuorovaikutuksessa. Näissä työryhmien vuorovaikutustilanteissa käsite saa yksilöllisiä tulkintoja, jotka edustavat kunkin työntekijän käsitteelle antamia merkityksiä. Näistä yksittäisten työntekijöiden määritelmistä ja merkityksistä muodostuu paikallinen moniammatillinen yhteistyökulttuuri, joka vaikuttaa yhteistyön onnistuneeseen toteutumiseen. (emt. 48.)

Toisaalta käsitteen moninaisuus tulee ilmi myös D´amourin, Ferrada-Videlan, San Martin Rodriguezin ja Beaulieun (2005) englannin-kielisiä tutkimuksia selvittäneessä meta-analyysissä. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda selkeyttä ja lisätä ymmärrystä moninaistuvan hoitotyön keskiössä olevaan kompleksiseksi miellettyyn moniammatilliseen yhteistyöhön. D´Amour ym. (2005) selvittivät meta-analyysissään hoitotyön kentällä tehtyjen yhteistyötä käsittelevien tutkimusten avulla, mitä näissä tutkimuksissa termillä moniammatillinen yhteistyö tarkoitetaan. Analyysissä löytyi viisi keskeistä ulottuvuutta, joiden avulla käsitettä tyypillisemmin määriteltiin. Ulottuvuudet ovat:

1. *Jakaminen* (sharing) liitettiin tutkimuksissa vastuun, päätöksenteon, suunnittelun, tietojen, arvojen, yhteisen hoitotyön filosofian (health care philosophy) sekä eri ammattiryhmien näkemysten jakamiseen.
2. *Kumppanuudella* (partnership) viitattiin kahden tai useamman toimijan yhteistyöhön ryhtymistä, yhteisesti määritellyn päämäärän saavuttamiseksi. Kollegiaalinen kumppanuus edellyttää avointa ja rehellistä kommunikaatiota, sekä osapuolten tietämystä toistensa näkemyksistä ja osaamisesta.
3. *Keskinäinen riippuvuus* (interdependency) liittyy sosiaali- ja terveyshuollon moninaistuviin haasteisiin, joihin ratkaisujen katsotaan löytyvän eri ammattiryhmien asiakaslähtöisestä yhteistyöstä. Keskinäinen riippuvuus vastaa Kaarina Isoherrasen (2008, 29–30) esittämää systeemistä ajatusmallia (kts. sivu 14), jossa kokonaisuuden vaikutuksen katsotaan olevan suurempi kuin yksittäin toimivien yksilöiden vaikutus.
4. *Vallan* (power) nähdään todellisessa yhteistyössä jakautuvan tasaisesti yhteistyöhön osallistuvien toimijoiden kesken ja se perustuu pikemmin tietoon ja kokemukseen, kuin virkaan tai nimikkeisiin. Valta syntyy työntekijöiden välisissä suhteissa ja on erottamaton osa niitä suhteita, joissa sitä käytetään.
5. Yhteistyö nähdään usein myös kehittyvänä ja muuttavana *prosessina* (process), joka voi edetä konkreettisina vaiheina, kuten neuvotteluina, suunnitteluna ja interventioina.

Onnistunut prosessi edellyttää ammatinedustajien rajojen läpinäkyvyyttä ja ylityksiä. (D'Amour ym. 2005, 118–119; Isoherranen 2012, 23; Pärnä 2012, 61.)



Kuva 3: Moniammatillisen yhteistyön ulottuvuudet (D'Amour ym. 2005, 118–119).

Tätä moniammatillisen yhteistyön ulottuvuuksien jaottelua käytän tutkimuksessani analyysini pohjana. Tutkin sen avulla, miten haastateltavat määrittelevät moniammatillista yhteistyötä kunkin ulottuvuuden osalta. Ovatko kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät samansuuntaisia kunkin ulottuvuuden kohdalla, vai tuovatko osapuolet esiin toisistaan eroavia moniammatillisen yhteistyön määritelmiä. Analyysissäni korostuu myös osapuolten esittämien määritelmien vertailu, sillä tutkimukseni tavoitteena on löytää edellytyksiä kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden ”yhteiselle kielelle”, eli yhteisille tavoille määritellä moniammatillista yhteistyötä. Koska käsitteenmäärittelyt ovat vahvasti kytköksissä myös työntekijöiden näkemyksiin moniammatillista yhteistyötä edistävästä ja estävästä tekijöistä, tarkastelen tutkimukseni yhtenä osana myös osapuolten näkemyksiä näistä tekijöistä. Seuraavaksi käyn läpi muutamia yhteistyötutkimuksia, joissa on tuotu esiin yhteistyön haasteita ja ratkaisuja.

3.1.1. Yhteistyötä estävät ja edistävät tekijät

Yhteistyötä ja sen onnistumista voidaan tarkastella eri tasoilla. Kiinnostuksen kohteena voi olla koko organisaatiotason sisäinen tai eri organisaatioiden välinen toiminta, työyhteisöjen ja tiimien taso, työntekijä- ja yksilötaso tai asiakkaan ja omaisten taso. Seuraavassa esitän muutamia tutkimuksia, joissa yhteistyötä ja sen onnistumista on tarkasteltu osittain työntekijöiden ja työyhteisöjen näkökulmasta. Työntekijä- ja työyhteisötaso on kiinnostuksen kohteena myös omassa tutkimuksessani.

Suomessa moniammatillisen yhteistyön toteutumista ikäihmisten palvelujen osalta ovat tutkineet esimerkiksi Raija Tenkanen (2003) ja Sini Eloranta (2009). Raija Tenkanen tutki väitöskirjassaan kotihoitohenkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli luoda nykytilan kuvaus tilanteesta, jossa kotipalvelu ja kotisairaanhoido olivat yhdistyneet kotihoidoksi. Nykytila-analyysin pohjaksi Tenkanen teki yhteenvedon vuosina 1992–1999 tehtyjen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymistä ja asiantuntijoiden yhteistyötä tarkastelleiden tutkimusten tuloksista. Tulosten pohjalta hän muodosti yhdeksi kotihoidon toimintamenetelmäksi yhteistyön, johon liittyi ongelmia, joita olivat tiedonkulun puutteet, eriytynyt työnjako, arvostuksen puute sekä kiire. (Tenkanen 2003, 39–41; 224–227.)

Sini Eloranta (2009) tutki väitöskirjassaan, miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutuu. Tutkimuksessa tarkasteltiin ikäihmisten kotona asumista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön näkökulmasta. Tutkimuksessa haastateltiin sekä kotihoidon työntekijöitä että asiakkaita. (Emt., 6.) Myös Eloranta teki tutkimuksensa pohjaksi kiteytyksen sosiaali- ja terveystieteiden moniammatillista yhteistyötä käsittelevistä tutkimuksista. Niiden pohjalta hän esitti tiivistelmän keskeisistä tekijöistä, jotka edistävät työntekijöiden osalta moniammatillista yhteistyötä. Näitä olivat työntekijöiden roolien ymmärtäminen ja kunnioittaminen, jaettu visio, selkeät tavoitteet ja sitoutuminen sekä avoin keskustelu. (Eloranta 2009, 26.) Varsinaisessa tutkimuksessaan Eloranta selvitti sekä ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden että kotihoidon työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä. Tavoitteena oli saada tietoa yhteistyötä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Tutkimuksen perusteella yhteistyön haasteiksi osoittautui tiedonkulun hierarkkisuus, päätöksenteon epätasa-arvoisuus, eri ammattiryhmien ristiriitaiset näkemykset, yhteisten hoidon tavoitteiden puuttuminen sekä työntekijöiden asenne ja käyttäytyminen (Eloranta ym. 2009, 138–142; Eloranta ym. 2010, 198–200).

Myös Kaarina Isoherranen (2012) tuo väitöskirjassaan esiin samansuuntaisia yhteistyön edellytyksiä ja esteitä. Isoherranen tutki väitöskirjassaan millaisia haasteita ja ilmiöitä eri asiantutijat kohtaavat kun organisaatiossa kehitetään moniammatillista yhteistyötä. Keskeisiksi haasteiksi osoittautuivat roolien joustavuus, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luominen sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. Tulosten pohjalta Isoherranen loi kolmitasoisien mallin, jolla kuvataan moniammatillisen yhteistyön kehittämisen haasteita ja edellytyksiä sosiaali- ja terveysalalla. Kolmannen tason muodostavat yksilötason haasteet, jotka liittyivät ennen kaikkea asiantuntijoiden puutteellisiin kommunikaatiotaitoihin. Yksilötasolla onnistunut yhteistyö edellyttää työntekijöiltä toimivia vuorovaikutustaitoja. (Emt., 5; 150–152.)

Moniammatillinen yhteistyö siis edellyttää moninaisena sateenvarjokäsitteenä onnistuakseen ja toteutuakseen yhteistyön osapuolten yhteistä kieltä eli yhteisen käsitteistön määrittelyä (Isoherranen 2008, 26–43). Tämä käsitteistön määrittely koskee myös itse moniammatillista yhteistyötä (Isoherranen 2012, 19). Koska yksittäisten työntekijöiden ja työryhmien käsitteen määrittelyistä muodostuu moniammatillisen yhteistyön kulttuuri, jolla on joko yhteistyötä heikentäviä tai sitä edistäviä vaikutuksia (Pärnä 2012, 48), on eri työryhmien määritelmiä selvittämällä mahdollista tehdä näkyväksi moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet. Näiden ajatusten pohjalta lähden tutkimaan, määrittelevätkö kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät moniammatillista yhteistyötä eri tavoin, miten he sitä määrittelevät ja mitkä tekijät yhteistyötä edistävät ja estävät. Koska onnistuneen yhteistyön edellyttämä yhteinen käsitteistö koskee moniammatillisen yhteistyön lisäksi jaettujen toimintatapojen yhteistä määrittelyä (Isoherranen 2008, 26–43), tutkin myös sitä, miten osapuolet määrittelevät yhteistä työskentelytapansa, eli kuntouttavaa työtettä.

3.2. *Kuntouttava työote*

Huomioni kiinnittyy tutkimuksessani moniammatillisen yhteistyön lisäksi kuntouttavaan työotteeseen keskeisenä hoitotyön onnistumista palvelevana työskentelytapana. Kuntouttavassa työotteessa toiminnan tarkastelu kohdentuu hoitotyötä toteuttavaan työntekijään. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan työntekijän tapaa toimia siten, että hän ottaa kaikessa tekemisessään huomioon ikääntyneen asiakkaan yksilölliset kyvyt, tarpeet ja toiveet, mahdollistaen samalla asiakkaan voimavarojen ja kulloisenkin elämäntilanteen ehdoilla tapahtuvan ohjauksen ja kannustuksen. Toisin sanoen, asiakkaan annetaan ja häntä kannustetaan tekemään kaikki se mihin hän pystyy työntekijän toimiessa tilanteen ohjaajana. (Holma ym. 2002, 44–45; Harri-Lehtonen

2006; Granö ym. 2006, 40–41.) Kuntouttava työote siis ohjaa tarkastelemaan hoito- ja kuntoutustyötä työntekijän toiminnan ja sen lähtökohtien näkökulmasta (Granö ym. 2006, 40–41).

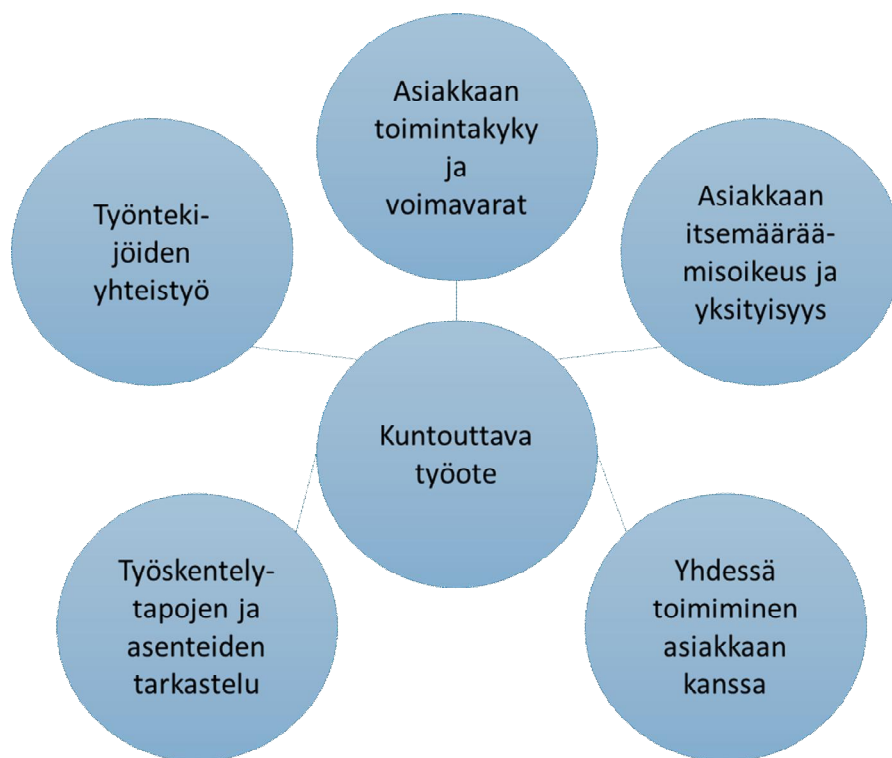
Erotteluna fysio- ja toimintaterapeuttien tekemään perinteiseen kuntoutustyöhön, kuntouttava työote koskee näiden ”täsmäkuntoutusta” toteuttavien työntekijöiden lisäksi kaikkia kotihoidon työntekijöitä (Holma ym. 2002, 44–45). Valtiontalouden tarkastusviraston selvitys on kuitenkin osoittanut, että kuntouttavaa työotetta käytetään kotihoidossa henkilöstön riittämättömyyden vuoksi melko vähän (Rintala ym. 2010, 9). Kuntouttavan työotteen tulisi olla osana asiakkaan koko kuntoutusprosessia sekä hoito- ja kuntoutustyölle asetettuja yksilöllisiä tavoitteita (Holma ym. 2002, 44–45). Myös Tampereen kaupungin tuotantoalueiden uudistamiseen tähtäävän projektin yhtenä tavoitteena on, että kaikilla ikäihmisten palveluketjun toimijoilla tulee olla yhteinen näkemys kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen tärkeydestä (Hakala 2014, 10).

Vaikka olen edellä lyhyesti avannut erilaisissa teoksissa ja oppikirjoissa esitettyjä työotteen määrittelyjä, on kuntouttava työote vailla virallista ja tieteellistä määrittelyä. Suomessa kuntouttavaa työotetta on tarkasteltu lähinnä opinnäytetoissa, sekä lyhyesti alan oppikirjoissa ja erilaisissa kokoomateoksissa. Koska tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten Tampereen kaupungin työntekijät kuntouttavaa työotetta määrittelevät, teen tutkimukseni pohjaksi aikaisempiin tutkimuksiin ja teoksiin pohjautuen jaottelua käsitteen määrittelyistä.

Hoitotyön ja tutkimuksen kentillä esiintyy kuntouttava työote -käsitteen rinnalla hyvin paljon muita samaa asiaa hieman eri näkökulmasta lähestyviä käsitteitä. Tällaisia käsitteitä ovat muun muassa kuntoutumista edistävä työote, kuntouttava hoitotyö tai toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö. Avauksen ja erittelyn näiden käsitteiden yhteyksistä ja määrittelyistä on tehnyt opinnäytetyössään Tuija Jormanainen (2011). Hän jakaa käsitteet kolmeen eri luokkaan; asiakkaan aktiivista roolia ja osallisuutta kuvaavat käsitteet, hoitajan tekemistä kuvaavat käsitteet sekä hoitajan työtapaa, asennetta ja sitoutumista kuvaavat käsitteet. Kuntouttava työote sijoittuu viimeiseen luokkaan, jossa sen rinnakkaiskäsitteitä ovat toimintakykyä edistävä ja kuntoutumista tukeva työote sekä toimintakykyä tukeva hoito. (Jormanainen 2011, 13–18.) Täten käytin käsitteen määrittelyssä hakusanoina *kuntouttava työote*, *toimintakykyä edistävä työote*, *kuntoutumista tukeva työote* sekä *toimintakykyä tukeva hoito*. Vaikka tein hakuja näillä neljällä eri käsitteellä, käytän tutkimuksessani tästä eteenpäin selvyuden vuoksi pelkästään kuntouttavan työotteen käsitettä.

Kappaleessa 2.4.1. avasin aikaisempaa kotikuntoutustutkimusta. Kappaleessa totesin Englannissa toteutettavan re-ablement services toiminnan sisällön vastaavan monilta osin suomenkielistä kuntouttavan työotteen käsitettä. Suomessa kuntouttava työote koskee toimintamallina jokaista ikäihmisen hoitoon osallistuvaa työntekijää. Englannissa kuntouttavan työotteen kaltainen toiminta, re-ablement services, toteutetaan kuitenkin vain kotikuntoutuksen tavoin lyhyinä moniammatillisten tiimien interventiona. Tästä syystä päätin jättää kuntouttavan työotteen määrittelyn ulkopuolelle re-ablement -toimintaa käsittelevät tutkimukset, sillä vaikka toiminnan määrittelyt muistuttavat kuntouttavan työotteen periaatteita, olen tutkimuksessani kiinnostunut toimintamallista, joka koskee kaikkia ikäihmisten hoitoon osallistuvia työntekijöitä. Koen myös, että käsitettä on merkityksellisempää tarkastella suomalaisen hoitotyönkentän määrittelyjen kautta, sillä haastatteleman työntekijät määrittelevät kuntouttavan työotteen käsitettä suomeksi.

Aineistohaun suoritin Tampereen kaupungin kirjaston, Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston sekä Tampereen yliopiston kirjaston tietokantoihin. Näiden lisäksi hain suomenkielisiä tutkimusartikkeleja Arto-tietokannasta. Opinnäytetyöt jätin haun ulkopuolelle. Päällekkäiset hakutulokset poistettua, hauilla löytyi yhteensä seitsemän kohdetta. Kävin läpi kaikki haun osoittamat kohteet etsien teoksissa ja artikkeleissa esitettyjä kuntouttavan työotteen määrittelyjä. Koska hakutulos oli melko niukka, etsin kuntouttavaa työotetta käsittelevää aineistoa myös hakutulosten sekä aihetta käsittelevien opinnäytetöiden lähteistä. Näidenkin aineistojen osalta keskityin niissä esitettyihin kuntouttavan työotteen määrittelyihin. Lopulta päädyin kymmeneen teokseen/artikkeliin, joiden pohjalta loin seuraavan jaottelun kuntouttavan työotteen määrittelyistä:



Kuva 4: Kuntouttavan työotteen määrittelyä

1. Käsitteenmäärittelyjen keskiössä on ikäihmisten *toimintakyky*. Kuntouttavan työotteen tavoitteena on tukea, edistää ja ylläpitää asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toimintakykyä tuetaan huomioimalla säilyneet voimavarat sekä kompensoimalla heikentyneitä toimintakyvyn osa-alueita. (Heimonen 2004, 55; Granö ym. 2006, 40–41; Lundgren 1998, 13; Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43–45; Lotvonen 2002, 24; Helin 2002, 61; Järvikoski & Härkäpää 2011, 23; Heimonen 2008, 82.) Myös asiakasta itseään autetaan tunnistamaan ja hyödyntämään omia ja ympäristön voimavaroja (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 23). Kuntouttava työote korostaa asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen huomioimista ja omatoimisuuteen kannustamista kaikissa hoitotilanteissa (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43; Kettunen ym. 2009, 23).
2. Ikäihmisen toimintakyvyn ja voimavarojen lisäksi on huomioitava asiakkaan *itsemääräämisoikeus ja yksityisyys*. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää asiakkaan osallisuuden sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksien huomioimista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23; Lundgren 1998, 13; Granö ym. 2006, 41.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, ettei työntekijä tarpeettomasti päätä asioista asiakkaan puolesta (Kettunen ym. 2009, 23).

3. Kuntouttava työote on *yhdessä toimimista*, ei puolesta tekemistä. Asiakas toimii omien voimavarojensa puitteissa, työntekijän toimiessa avustajana, ohjaajana ja motivoijana. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole toimia pakotetusti itsenäisesti, vaan lähtökohtana on asiakkaan oma kokemus kykyjen riittävydestä ja avun tarpeesta. Asiakas tekee hoitotilanteessa kaiken sen mihin hän pystyy. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43–45; Granö ym. 2006, 40–41; Järvikoski & Härkäpää 2011, 23; Kettunen ym. 2009, 23; Lotvonen 2002, 24.) Keskeistä on löytää tasapaino liiallisen ja liian vähäisen avun välillä (Granö ym. 2006, 41). Yhdessä toimimiseen liittyy myös kuntouttavan työtteen tavoitteellisuus. Toimintaa ohjaavat yhdessä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa sovitut tavoitteet. (Holma ym. 2002, 44–45; Granö ym. 2006, 41; Lundgren 1998, 13; Lotvonen 2002, 24.)
4. Kuntouttava työote edellyttää työntekijöiltä omien *työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelua*. Koska kuntouttava työote näkyy työntekijän tavassa kohdata asiakas, (Holma ym. 2002, 45) kertoo se työntekijän tavasta suhtautua arjen työhönsä ja asiakkaisiinsa. Lisäksi kuntouttava työote heijastaa työntekijän käsityksiä ikääntymisestä, toimintakyvystä ja ikäihmisten sairauksista (Granö ym. 2006, 41). Tällöin onnistunut työote edellyttää omien asenteiden tunnistamista ja kykyä reflektoida omia toimintatapoja sekä hyvää ammatillista tietoperustaa (Granö ym. 2006, 41; Holma ym. 2002, 44–45). Kuntouttava työote tarkoittaa uudenlaista työskentelyasennetta (Lundgren 1998, 13).
5. Kuntouttava työote edellyttää työntekijöiltä *yhteistyötä*. Kuntouttava työote koskee kaikkia ikäihmisen hoitoon osallistuvia työntekijöitä, eikä tällöin ”perushoidon” ja kuntouttavan toiminnan välille tehdä tarkkaa eroa (Helin 2002, 61; Holma ym. 2002, 43–45; Lotvonen 2002, 24). Yhteistyössä eri ammattiryhmät tuovat tietonsa ja taitonsa asiakkaan käyttöön (Holma ym. 2002, 45). Kuntouttavaan työotteeseen kuuluu myös henkilöstön toiminnan säännöllinen arviointi (Lotvonen 2002, 24; Holma ym. 2002, 45).

Tätä kuntouttavan työtteen määrittelyiden jaottelua käytän tutkimuksessani D’Amourin ym. (2005) tekemän moniammatillisen yhteistyön jaottelun tavoin. Käytän jaottelua sapluunana, jonka avulla tarkastelen, miten haastateltavat kunkin osa-alueen osalta määrittelevät kuntouttavaa työtettä. Lisäksi katson ovatko kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät keskenään samansuuntaisia kunkin ulottuvuuden kohdalla, vai tuovatko haastateltavat esiin

toisistaan eriäviä, uusia kuntouttavan työtteen määritelmiä. Analyysissä korostuu myös kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmien vertailu.

Koska kuntouttavaa työtettä pidetään työntekijöiden tapana suhtautua työhönsä ja asiakkaisiinsa, kertoo se työntekijän toiminnan taustalla vaikuttavista asenteista ja suhtautumistavoista (Granö 2006, 41). Täten kuntouttava työote ja sen määrittelyjen selvittäminen toimiikin tutkimuksessani väylänä eri työyhteisöissä toimivien työntekijöiden mahdollisesti eriävien näkemysten esiin nostamisessa ja niiden vertailemisessa. Lisäksi kappaleessa 3.1. esitetty näkemys onnistuneen moniammatillisen yhteistyön edellyttämästä yhteisestä kielestä, koskee myös työntekijöiden yhteisiä työskentelytapoja. Tällöin myös kuntouttavan työtteen mahdollisesti eriävät määritelmät ovat yhteisesti jaettujen työskentelytapojen sujuvuuden ja hoitotyön onnistumisen esteenä. Myös Tupu Holma, Sirkkaliisa Heimonen ja Päivi Voutilainen (2002) kehottavat työntekijöitä kehittäkseen työskentelyään määrittelemään, mitä kuntouttava työote omassa työyhteisössä tarkoittaa ja miten sitä työssä toteutetaan (emt. 46).

Myös kuntouttavan työtteen osalta selvitän, millaisia työtettä edistäviä ja estäviä tekijöitä työntekijät tuovat haastatteluissa esiin. Onkin huomionarvoista mainita, ettei missään kuntouttavaa työtettä käsittelevässä teoksessa tai artikkelissa ollut mainintaa työtteen esteistä tai sitä edistävästä tekijöistä. Aihetta on osittain kuitenkin tarkasteltu kappaleessa 2.4.1. esitellyssä Rabieen ja Glendinning (2011) tutkimuksessa, jossa he selvittivät re-ablement services -toimintaa edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kuntouttavan työtteen osalta tällaista selvitystä ei kuitenkaan ole tehty. Yhtenä tutkimukseni tavoitteena onkin luoda haastattelujen pohjalta jaottelua kuntouttavaa työtettä edistävästä ja estävästä tekijöistä.

4. Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Edellä olen käynyt läpi ikäihmisten hoitotyön kenttää, sen toimintaa sekä toiminnan toteuttajille asetettuja toimintatapojen edellytyksiä. Tämä tutkimus pyrkii tuomaan tietoa hoitotyön kentällä työskentelevien ammattilaisten edellytyksistä toimia heille asetettujen toimintatapojen mukaisesti. Tarkoitukseni on siis työntekijöiden (mikrotason) näkemysten ja määritelmien kautta selvittää kotihoidon ja kotikuntoutuksen valmiuksia vastata ikäihmisten palveluissa tapahtuviin muutoksiin sekä muutoksessa edellytettyihin toimintatapoihin. Tavoitteenani on luoda

kuva osapuolten moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen määritelmistä, joiden yhtäläisyydet ja mahdolliset eroavaisuudet kertovat osapuolten mahdollisuuksista toteuttaa näitä onnistuneen hoitotyön edellytyksenä pidettyjä toimintatapoja. Määrittelyjen lisäksi etsin toimintatapoja estäviä ja edistäviä tekijöitä, joiden pohjalta osapuolten toimintaa voitaisiin mahdollisesti lähteä kehittämään.

Edellä esitetyt käsitteet kuntouttava työote ja moniammatillinen yhteistyö toimivat välineinä, joiden avulla jäsenän tutkimuskohdettani. Käsitteiden määrittelyn ja niitä koskevien aikaisempien tutkimusten sekä ikäihmisten palvelujen nykytilanteen pohjalta tutkimustehtävänäni on selvittää, miten Tampereen kotihoito ja kotikuntoutus pystyvät vastaamaan lakien ja linjausten asettamiin vaatimuksiin tukea ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen kautta. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Miten kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät määrittelevät moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen?
2. Miten kotihoidon ja kotikuntoutuksen määritelmät eroavat ja/tai ovat linjassa keskenään?
3. Mitkä ovat moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtettä edistäviä ja estäviä tekijöitä?

Tutkimukseni vastaa myös aihetta käsittelevän tutkimuksen vähyteen. Kuten kappaleessa 2.4.1. osoitin, on Tampereen kaupungin kotikuntoutuksen kaltaista toimintaa tarkasteltu vain sosiaali- ja terveysalan opinnäytetoissa. Nämäkin tutkimukset keskittyvät pääsääntöisesti kotikuntoutustoiminnan vaikuttavuuden osoittamiseen. Työntekijöiden näkökulmaa sekä kotihoidon ja kotikuntoutuksen toiminnan yhteensovittamista tarkastelevaa tutkimusta ei ole tehty. Aihetta ei ole myöskään aikaisemmin lähestytty keskeisten työskentelytapojen käsitteenmäärittelyjen näkökulmasta, vaikka käsitteiden yhteisen määrittelyn todetaan olevan osana onnistunutta työskentelyä (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 46; Isoherranen 2012, 19).

5. Aineisto ja analyysimenetelmä

Perinteisen näkemyksen mukaan tieteelliset tutkimukset jakautuvat määrällisiin, eli kvantitatiivisiin ja laadullisiin eli kvalitatiivisiin tutkimuksiin. Pertti Alasuutarin (2011) mukaan ihmistieteiden tutkimuskenttää ei voida kuitenkaan puhtaasti jakaa kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin menetelmiin. Kenttä voidaan hänen mukaansa jakaa kahteen tutkimuksen tekemistä tulkitsevaan ideaalimalliin eli luonnontieteelliseen koeasetelmaan ja arvoituksen ratkaisemiseen. (emt. 32.) Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan: *"..että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä"* (emt. 44). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija etsii empiirisestä aineistostaan johtolankoja, joilla hän luo tutkittavasta ilmiöstä merkitystulkintoja, joilla hän pyrkii ratkaisemaan tutkimusongelmanaan olevan arvoituksen. Arvoituksen ratkaisemista Alasuutari vertaa salapoliisiutyöhön, jossa samoihin päätelmiin vievien johtolankojen runsaus vahvistaa tulkintojen paikkansapitävyyttä. (Alasuutari 2011, 44–48.)

Laadullisella tutkimuksella pyritään siis tutkimuskohteen kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen ja tutkimuskohteen monimuotoisuuden ymmärtämiseen. Koska oman tutkimukseni tavoitteena on selvittää, miten tutkimuskohteeni määrittelevät moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtä, on tutkimukseni arvoituksen ratkaisemista eli laadullista tutkimusta. Seuraavaksi avaan tarkemmin tutkimukseni aineistoa ja sen keruuta sekä pohdin aineistonkeruuseen mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä. Tämän jälkeen käyn läpi tutkimukseni analyysimenetelmää eli sisällönanalyysia.

5.1. Aineiston esittely ja aineistonkeruu

Aineistoni koostuu Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden teemoitelluista ryhmäkeskusteluista. Kotihoidon työntekijöiden haastattelun toteutin yhdessä ryhmässä, johon osallistui yhteensä kolme työntekijää. Kotihoidon työntekijöiden osallistumisen ehtona oli, että heillä on kokemusta kotikuntoutuksen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Kotihoidon esimiehet etsivät haastatteluihin osallistuvat kotihoidon työntekijät. Kotihoidon ryhmähaastattelu kesti yhteensä tunnin ja litteroitua tekstiä kertyi 18 sivua.

Kotikuntoutuksen haastattelut toteutettiin kahdessa ryhmässä, joihin osallistui kaikkiaan seitsemän työntekijää (kolmen ja neljän hengen ryhmät). Kotikuntoutuksen osalta jaottelin ryhmät siten, että kussakin ryhmässä oli osallistujina sekä toiminta- ja fysioterapeutteja että lähihoitajia.

Myös kotikuntoutuksen osalta toimi projektin esimies haastateltavien rekrytoijana. Kotikuntoutuksen haastattelut kestivät yhteensä kolme tuntia ja litteroitua tekstiä kertyi 63 sivua. Molempien ryhmien haastattelut toteutettiin työntekijöiden työtiloissa, jolloin etuna on tilan tuttuus ja turvallisuus haastateltaville (Eskola & Vastamäki 2001, 28).

Koska tutkimukseni tavoitteena on selvittää, miten työntekijät määrittelevät moniammatillista yhteistyötä sekä kuntouttavaa työtettä, soveltui aineistonkeruumenetelmäksi teemoitteluun pohjautuva ryhmäkeskustelu. Teemoittelun perustana käytin teemahaastattelua, jossa keskitytään selvittämään ihmisten tulkintoja asioista ja heidän asioille antamiaan merkityksiä. Teemahaastatteluissa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti, jolloin haastattelujen teemat muodostetaan tutkimuksen viitekehyksen pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.) Tutkimukseni keskeiset käsitteet moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote toimivatkin suoraan haastatteluni teemoina, joiden ympärille pyrin luomaan käsitteitä mahdollisimman eri näkökulmista lähestyviä haastattelukysymyksiä.

Eskolan & Vastamäen (2001) mukaan teemahaastatteluissa käytetään valmiiden kysymysten sijaan käsiteltävistä asioista tehtyä tukilistaa. Puolestaan Tuomi ja Sarajärvi (2002, 77) puhuvat teemahaastattelujen kohdalla nimenomaan haastattelukysymyksistä, ja toteavat kysymyksiä koskevan yhdenmukaisuuden vaateen vaihtelevan tutkimuksien kesken. Tekemieni keskustelujen pohjana käytin ennalta suunniteltuja tukikysymyksiä. Vaikka keskustelurungon muotoileminen kysymyksiksi helpotti omaa työskentelyäni, eivät keskustelut olleet sidottuja etukäteen muotoiltuihin kysymyksiin. Keskusteluissa en esittänyt etukäteen mietittyjä kysymyksiä samassa järjestyksessä kaikille ryhmille, sillä ryhmien omatoiminen keskusteleavuus vaihteli suuresti. Joidenkin ryhmien kohdalla jätin myös kysymyksiä pois, jos ryhmä oli keskusteluissaan jo käsitellyt kysymyksen aiheen. Keskustelujen lomassa esitin myös tarkentavia lisäkysymyksiä. Teemahaastattelujen tavoitteen mukaisesti, pyrin kunkin keskustelutilanteen kohdalla herättämään monipuolista keskustelua tutkimukseni keskeisistä teemoista. Haastattelurunko löytyy liitteestä 1 (kts. sivu 75).

Koska haastattelujeni tavoitteena oli tarkastella moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtettä mahdollisimman monesta eri näkökulmasta, käytin tutkimuksessani ryhmäkeskustelua yksilöhaastattelujen sijaan. Ryhmäkeskustelu on myös erotettavissa ryhmähaastattelusta, jossa vuorovaikutus rakentuu ryhmän vetäjän ja kunkin haastateltavan välille. Ryhmähaastattelussa

ryhmän vetäjä tekee yksilöhaastatteluja ryhmässä, esittäen yksittäisiä haastattelukysymyksiä kullekin ryhmän jäsenelle. Vastaavasti ryhmäkeskustelussa vetäjä pyrkii virittämään osallistujien omatoimista ja jokaisen omia näkökulmia esiin tuovaa keskustelua haastattelun teemoista, ilman jokaiselle erikseen esitettyä kysymystä. Ryhmäkeskustelussa vetäjä tarjoilee tutkimuksen keskiössä olevia teemoja ryhmälle keskusteltaviksi. Tällöin vuorovaikutus rakentuu osallistujien väliseksi ilman ryhmän vetäjän vuorovaikutuskontrollia. (Alasuutari 2001, 151–155; Valtonen 2009, 223–224.)

Ryhmäkeskustelussa keskustelu on siis ryhmäläisten tehtävänä, vetäjän pyrkiessä ohjaamaan keskustelua haluttuihin teemoihin. Vetäjä voi esittää esimerkiksi avoimia kysymyksiä, jotka ikään kuin kutsuvat osallistujia kertomaan tapahtumista tai kokemuksista. (Valtonen 2009, 234–235.) Omassa ryhmäkeskustelussani esitin esimerkiksi kysymyksen: ”Miten kuntouttava työote näkyy käytännön työssänne?”. Tällainen kysymys tarjoaa tilaisuuden omien näkemysten ja kokemusten jakamiseen sekä muiden osallistujien kertomuksien jatkamiseen ja täydentämiseen. Ryhmäkeskustelu antaa mahdollisuuksia omien ajatusten ja näkemysten keskusteluttamiseen muiden osallistujien kanssa, jolloin keskustelun ”rönsyily” voi tuottaa hedelmällistä ja erilaisia näkökulmia tarjoavaa aineistoa. (Valtonen 2009, 234–237.)

Ennako-oletuksenani olikin, että ryhmäkeskustelu tarjoaisi työntekijöille tilaisuuden keskustella ja vaihtaa ajatuksia tekemästään työstä. Keskustellessaan ryhmässä tuttujen kollegojen kanssa heitä yhdistävästä kentästä, tarjoutuu haastateltaville tilaisuus keskustella aiheesta yksilöhaastattelua moninaisemmin. Ryhmäkeskusteluissa osallistujat voivat saada toistensa kommentteista kimmokkeen sellaisen tiedon jakamiseen, jota eivät yksilöhaastatteluissa olisi välttämättä huomanneet tuoda esille. Yksilöhaastattelu on vahvemmin sidoksissa haastateltavan ensisijaisiin näkemyksiin tutkittavasta aiheesta. Yksilöhaastattelu on ryhmäkeskustelua vahvemmin sidoksissa myös tutkijan omiin ennako-oletuksiin, sillä haastateltava saattaa herkästi rajata puheenvuorojaan tutkijan ennako-oletuksiin pohjautuvien haastattelukysymysten mukaisesti. Aineistonkeruun näkökulmasta ryhmäkeskustelu on myös ajallisesti tehokas menetelmä. (Alasuutari 2001, 151–155.)

5.1.1. Pohdintaa aineistonkeruusta

Laadullisessa aineistossa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkkojen instrumenttien sijaan arvioimalla analyysin systemaattisuutta. Systemaattisuutta arvioidaan avaamalla tutkimuksessa

tehdyt valinnat, analyysia ohjaavat periaatteet sekä osoittamalla lukijalle tarkoin mistä aineisto koostuu. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä myös tarkastelemalla tutkijan roolia aineiston keruussa ja analyysissa. Koska tutkija on osana tutkimustaan tekemällä sekä haastattelussa että aineiston analyysissa valintoja ja tulkintoja, on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää tehdä lukijalle näkyväksi miten tutkimuksen tuloksiin on päädytty. Tutkimuksen vahvuuksien lisäksi on tärkeää osoittaa myös tutkimuksessa ilmenneitä haasteita ja rajoituksia. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 9–11, 26–29; Hirsjärvi & Hurme 2011, 18, 189.) Omassa aineistonkeruussani onkin muutamia seikkoja, joita on mielestäni tarpeen tuoda esille ja pohtia niiden vaikutusta tutkimuksen toteutukseen.

Hirsjärvi ja Hurme (2011) antavat Tutkimushaastattelu -teoksessaan teemahaastattelua koskevan ohjeen: "Älä haastattele tuttavaasi" (emt. 72). Tämä haastateltavien tuttuus herätti paljon kysymyksiä pohtiessani aineistonkeruun luotettavuutta. Haastattelin siis tutkimuksessani sekä Tampereen kaupungin kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijöitä. Koska suoritin kesällä 2014 opintoihini kuuluvan harjoittelun kotikuntoutuksessa, olivat kaikki haastattelemani kotikuntoutuksen työntekijät minulle entuudestaan tuttuja. Vaikka Hirsjärven ja Hurmeen (2011) ohjeella tarkoitetaan lähinnä haastattelijalle "liian läheisten" henkilöiden haastattelemista, ilmeni kuitenkin kotikuntoutuksen työntekijöiden haastatteluissa muutamia seikkoja, joihin haastateltavien tuttuus saattoi osaltaan vaikuttaa.

Ryhmien välillä ilmeni selkeitä eroja esimerkiksi työntekijöiden tavoissa toimia haastattelutilanteessa, mihin tuttuus saattoi osaltaan vaikuttaa. Vaikka lähetin kaikille haastatteluihin osallistuville tutkimustiedotteen (kts. liite 2 sivu 76), jossa kerrottiin tarkemmin tutkimuksen tavoitteesta ja haastattelujen aiheista, tuntuivat kotikuntoutuksen haastateltavat olevan tarkemmin selvillä siitä, mistä haastattelussa on kyse. Tähän voi osaltaan vaikuttaa se, että muutamien kotikuntoutuksen työntekijöiden kanssa kävin jo harjoitteluni lopulla alustavia keskusteluja gradusuunnitelmistani. Osa heistä osallistui haastatteluihin. Lisäksi koen, että koska kotikuntoutuksen työntekijät tuntevat minut, oli heillä suurempi "velvollisuudentunto" osallistua aktiivisesti haastatteluihin ja täten auttaa tutkimuksen tekijää. Vastaavasti kotihoidon haastattelussa työntekijät vaikuttivat olevan osittain tietämättömiä haastattelun aiheesta ja tarkoituksesta, mikä osaltaan näkyi myös ryhmäkeskustelun heikommassa aktiivisuudessa.

Suurin ero ryhmien välillä ilmeni keskustelujen aktiivisuudessa, vaikka käytin molempien ryhmien keskusteluissa samaa keskustelurunkoa ja kysymyksiä. Keskustelujen laajuuteen liittyvä ero tulee esiin jo haastattelujen kestoja tarkasteltaessa (kotihoito 60 min. / kotikuntoutus 180 min.). Toki keskusteluihin vaikuttavat ryhmäläisten yksilölliset erot sekä erilaiset haastatteluteemojen käsittelytavat, mutta on kuitenkin tarpeen pohtia, missä määrin haastattelijan tuttuus vaikuttaa haastateltavan halukkuuteen tai uskallukseen osallistua aktiivisesti ryhmäkeskusteluun. Toisaalta haastateltavien keskusteluaktiivisuuteen on osaltaan voinut vaikuttaa osallistumisen vapaaehtoisuuden aste, sillä en tarkoin tiedä, miten haastateltavien rekrytointiprosessi on esimiesten toimesta käytännössä toteutettu.

Työntekijöiden tuttuuden lisäksi on tarpeen ottaa huomioon osapuolten työn sisältöjen tuttuus. Se, että pääsin käytännön tasolla perehtymään kotikuntoutuksen toimintaan harjoittelujakson aikana, vaikuttaa siihen, että kotikuntoutuksen toimintaperiaatteet olivat kotihoitoon verrattuna minulle tutummat. Tällöin kotikuntoutuksen työntekijöiden keskusteluihin osallistuminen mm. esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä onnistui helpommin.

5.2. Sisällönanalyysi

Haastatteluaineiston analyysille ja aineiston tulkinnalle ei ole olemassa yhtä yleispätevää ohjetta, sillä tutkijan tapa lähestyä aineistoa riippuu tutkimuksen näkökulmasta sekä tutkimusongelmasta ja -kysymyksistä. Tutkimusongelma ohjaa tutkijaa analyysin välineistön ja havaintoyksiköiden valinnassa. Vaikka yksiselitteistä ohjeistusta haastatteluaineiston käsittelyyn ei voida tarjota, sisältyy kunkin aineiston läpikäymiseen luokittelun, analysoinnin ja tulkinnan vaiheet. Jokaisella vaiheella on oma tehtävänsä ja kaikkia tutkimuksen vaiheita tarvitaan, jotta voidaan puhua tieteellisestä tutkimuksesta. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11–13.)

Näiden eri vaiheiden toteutuminen vaatiikin erityistä huomiota tutkimuksissa, joissa aineiston analyysi on toteutettu sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysissa pyritään luomaan tutkittavasta ilmiöstä tiivis kuvaus järjestämällä aineisto uudelleen tiiviiseen ja selkeään muotoon. Koska tällainen aineiston järjestelmällinen läpikäyminen tutkimusongelman kannalta relevanttien teemojen ja ilmiöiden löytämiseksi on osana jokaista aineiston analyysia, on sisällönanalyysilla toteutettuja tutkimuksia kritisoitu niiden keskeneräisyydestä. Tällöin tutkija on saattanut jättää tutkimuksensa pelkän analyysin kuvaamisen tasolle, esittämättä lainkaan analyysin pohjalta tehtyjä tulkintoja ja johtopäätöksiä. On siis oleellista ymmärtää, ettei pelkkä aineiston luokittelu

ole yhtä kuin analyysi eikä uudelleen järjestetty aineisto ole tulos. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104; Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11–25.) Seuraavaksi käyn tarkemmin läpi sisällönanalyysin toteutusta.

5.2.1. Sisällönanalyysin toteutus

Sisällönanalyysia pidetään laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Sisällönanalyysia voidaan kuitenkin toteuttaa sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Aineiston kvantitatiivisesta tarkastelusta käytetään nimitystä sisällön erittely, jossa kuvataan määrällisesti tekstin sisältöä esimerkiksi laskemalla tiettyjen sanojen esiintymistä tekstissä. Vastaavasti laadullisessa sisällönanalyysissa pyritään kuvaamaan tekstiaineiston sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–106.) Koska omassa tutkimuksessani olen kiinnostunut siitä, miten haastateltavat tutkimukseni keskeisiä käsitteitä määrittelevät, keskityn aineistoni sanalliseen kuvaamiseen tekemällä laadullista sisällönanalyysia.

Laadullista sisällönanalyysia voidaan toteuttaa pääasiassa joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Luonnontieteelliseen tutkimukseen nojaavassa teorialähtöisessä analyysissa analyysin pohjana on jokin tietty teoria tai malli. Tällöin aineiston analyysia ohjaa jokin valmis aikaisemman tiedon pohjalta luotu kehys. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa aineiston luokittelu tapahtuu tämän kehyksen avulla. Teorialähtöisessä analyysissa pyritään usein testaamaan aikaisempaa tietoa uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97–98, 113.)

Aineistolähtöisen analyysin tavoitteena on luoda aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Toisin kuin teorialähtöisessä analyysissa, aineistolähtöisessä analyysissä käytettävät analyysiyksiköt luodaan tutkimustehtävän mukaisesti aineistosta, eikä aikaisempien teorioiden tai tutkimusten pohjalta muodostetun kehyksen avulla. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen sovittuja, vaan täysin aineistoon sidottuja. Puhtaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin toteuttaminen ei ole kuitenkaan täysin ongelmaton. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97–98.) Ruusuvuoren, Nikanderin ja Hyvärisen (2009) mukaan täysin aineistolähtöisen analyysin teko on käytännössä mahdotonta, sillä tutkija tekee teoreettisia tulkintoja ja valintoja jo aineistoa kerätessään ja sitä jäsentäessään (emt. 19–20).

Tätä aineistolähtöisen analyysin ongelmaa voidaan lievittää tekemällä teoriaohjaavaa analyysia, jollaiseksi myös oman tutkimukseni sisällönanalyysi lukeutuu. Teoriaohjaava analyysi sijoittuu

ikään kuin teoria- ja aineistolähtöisen analyysin väliin. Kuten aineistolähtöisessä myös teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt ovat sidoksissa aineistoon. Teoriaohjaavassa analyysissä aikaisempi teoria kuitenkin ohjaa tai on apuna analyysin teossa. Pyrkimyksenä ei ole testata aikaisempaa teoriaa, vaan pikemminkin tuottaa jotain uutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97–98.)

Tässä tutkimuksessa teen analyysia teoriaohjaavasti. Aikaisemmin esittämäni jaottelut moniammatillisesta yhteistyöstä (kts. sivut 16–17) ja kuntouttavasta työotteesta (kts. sivut 22–23) toimivat analyysini apuna, joiden kautta tarkastelen työntekijöiden haastatteluissa esittämiä käsitteiden määrittelyjä. Jaottelut ovat siis apuna aineistolähtöisesti tekemäni analyysin jäsentämisessä kokonaisuudeksi, jolla kuvaan työntekijöiden määritelmiä moniammatillisesta yhteistyöstä ja kuntouttavasta työotteesta. Sekä aineistolähtöinen että teoriaohjaava analyysi etenee kolmivaiheisesti; aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113, 117–118.)

Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin karsimalla siitä tutkimuksen kannalta epäolennaiset osiot pois. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Käytännössä tämä tarkoittaa tutkimustehtävän ja -kysymysten kannalta oleellisten ilmaisujen poimimista aineistosta. Ilmaisuja poimitaan aukikirjoitetusta tekstistä ennalta päätetyn analyysiyksikön mukaisesti, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus, joissa ilmaistaan jotain tutkimuksen keskeisistä käsitteistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Tutkimuksessani analyysiyksikkönä ovat yhdestä tai useammasta lauseesta muodostuvat ajatuskokonaisuudet, joissa esiintyy tutkittavien näkemyksiä moniammatillisesta yhteistyöstä tai kuntouttavasta työotteesta.

Ryhmittelyssä pelkistetystä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään omaksi luokakseen, jolle luodaan luokan sisältöä kuvaava nimitys. Pelkistämässä luodut ilmaisut siis tiivistetään alaluokiksi. Aineiston abstrahoinnissa näitä alaluokkia luokitellaan edelleen yläluokiksi ja yläluokkia yhdistetään pääluokiksi. Aineistolähtöisessä analyysissä pääluokista muodostetaan niitä yhdistävä käsite. Tällöin abstrahoinnin tavoitteena on erotella tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja luoda valikoidun tiedon perustella teoreettisia käsitteitä. Teoriaohjaavan analyysin abstrahoinnissa aineisto

liitetään lopulta valmiisiin teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 110–113.) Omassa tutkimuksessani käytän moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen käsitteiden jaotteluja abstrahointini lopullisina teoreettisina käsitteinä. Seuraava taulukko antaa esimerkin tekemästäni aineistonkäsittelystä:

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka (aineistosta luotu)	Yläluokka (käsitteen jaottelusta)	Yhdistävä
”Kyllä joillekin on ihan pakko laittaa tietyt jutut aina valmiiksi, mut siis se jo et kun laittaa tietyt jutut valmiiksi niin sit hän itse hoitaa sen lopun”	Asiakkaan kykyjen mukainen vastaan tuleminen	Omatoimisuuden ja avustamisen raja		
”Se on sellasta kokoajan vähän tasapainon hakemista, et missä kohtaa mä vedän ja missä kohtaa mä riuhtasen ja missä kohtaa mä enemmän sit pehmeästi koitan saada sitä ihmistä liikkeelle”	Avustamis- ja ohjaustapojen yksilökohtaista arvioimista		Yhdessä toimiminen asiakkaan kanssa	Kuntouttava työote
”Se on tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä. Et siinä olis joku idea miksi käy ja mikä sen jakson ja käyntien tarkoitus on”	Toiminnalla oltava jokin merkitys ja pyrkimys	Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus		
”...ollaan kiinnostuneita tästä ihmisestä ja hänen toiveistaan ja tarpeistaan ja mietitään niitä tavoitteita. Että asiakas asettaa niitä”	Asiakaslähtöisesti asetetut tavoitteet			

Taulukko 1: Esimerkki teoriaohjaavasta sisällönanalyysistä

Seuraavaksi analysoin aineistoani aikaisemmin esittämiäni D’Amourin ym. (2005) tekemän moniammatillisen yhteistyön jaottelun sekä kirjallisuuden pohjalta tekemäni kuntouttavan työotteen jaottelun pohjalta. Käytän jaotteluja analyysini sapluunana tarkastellen niiden kautta, millaisia määritelmiä haastateltavat moniammatilliselle yhteistyölle ja kuntouttavalle työotteelle antavat. Koska haastateltavien määritelmät ovat vahvasti kytköksissä toimintaa estäviin ja edistäviin tekijöihin tuon käsitteen määrittelyjä esiin myös näiden puheenvuorojen ja esimerkkien kautta. Koska tutkimukseni pääasiallisena tavoitteenani on löytää edellytyksiä kotihoidon ja kotikuntoutuksen yhteisille käsitteen määrittelyille, korostuu analyysissä myös osapuolten välinen vertailu. Analyysissä käytettyjen haastattelupätkien litterointimerkinnot ovat:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| (H) = Haastattelija | (L) = Lähihoitaja |
| (HOI) = Kotihoito | (T) = Toimintaterapeutti |
| (KUN) = Kotikuntoutus | (F) Fysioterapeutti |

Numeroilla 1, 2 ja 3 teen erottelun samassa haastattelussa olleiden samaa ammattiryhmää edustaneiden työntekijöiden välille.

6. Analyysi: moniammatillinen yhteistyö

Aloitan aineiston analyysin tarkastelemalla moniammatillinen yhteistyö -käsitteen määrittelyjä. Analyysini apuna käyttämäni D'Amourin ym. (2005) jaottelussa moniammatillisen yhteistyön ulottuvuudet ovat jakaminen, kumppanuus, keskinäinen riippuvuus, valta ja prosessi. Analyysitekstini rakentuu tämän jaottelun mukaisesti. Tarkastelen miten haastateltavat määrittelevät moniammatillista yhteistyötä kunkin osa-alueen osalta. Analyysitekstini rakentuu siten, että käsittelen kunkin osa-alueen kohdalla ensin molempien osapuolten yhteisiä käsitteenmäärittelyjä, jonka jälkeen käsittelen osapuolten eriäviä ja/tai laajentavia määritelmiä.

6.1. Jakaminen

D'Amourin ym. (2005) analyysissä moniammatillisen yhteistyön ulottuvuutena jakaminen liitettiin vastuuseen, päätöksentekoon, suunnitteluun, tietojen, arvojen, yhteisen hoitotyön filosofian sekä eri ammattiryhmien näkemysten jakamiseen. Myös kotihoidon ja kotikuntoutuksen haastatteluissa tuotiin esiin jakaminen yhtenä keskeisenä osana moniammatillista yhteistyötä. Näissä haastatteluissa jakaminen liitettiin 1) asiakasta koskevan tiedon jakamiseen, 2) ammatillisen osaamisen ja tiedon jakamiseen sekä 3) työn sisältöjä koskevan tiedon jakamiseen.

1) Asiakasta koskevan tiedon jakaminen

(KUN/L): "Viestivihko on se kaikista päivittäisin. Sinne kirjutetaan tarinaa, mitä on tehty ja suunniteltu. Melkein aina käynti alotetaan sillä, että mitä kotihoito on kirjannu [viestivihkoon], että onko sieltä noussu esille joku asia joka täytyis tässä ja nyt ratkasta tai joka vaikuttaa siihen meidän käyntiin"

Asiakasta koskevan tiedon jakaminen korostui selvästi keskeisenä moniammatillisen yhteistyön osa-alueena sekä kotikuntoutuksen että kotihoidon haastatteluissa. Tiedon jakaminen nähdään molempien osapuolten tehtävänä, jossa molempiin suuntiin kulkevaa ja toisiinsa linkitettyä tietoa tuotetaan, mutta siihen myös reagoidaan. Tiedon jakamisen haasteet liittyivät tiedon kattavuuteen sekä jaettuun tietoon reagoimiseen. Molemmat osapuolet näkivät asiakkaiden luona olevan viestivihon keskeisenä tiedon jakamisen väylänä, jonka kautta sekä saadaan että jaetaan tietoa asiakkaasta. Myös puhelimitse ja sähköpostitse tapahtuva tiedon jakaminen nähtiin tärkeänä, vaikkakin soittoihin ja viesteihin vastaamatta jättäminen nähtiin molemmin puolin isona ongelmana.

Virallisen tiedon lisäksi työntekijät toivat esiin "hiljaisen" tiedon jakamisen, mitä molemmat osapuolet pitivät yhteistyön kannalta tärkeänä. Tällaisen tiedon nähtiin antavan syvyyttä ja yksilöllisyyttä asiakaskäynteihin, jonka myötä kunkin osapuolen toiminnan sisällyttäminen sujuvaksi osaksi asiakkaan arkea nähtiin helpottuvan. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät kotihoidon omahoitajien olevan hiljaisen tiedon suhteen avainasemassa, sillä heillä on usein pitkä hoitosuhde asiakkaaseen, jolloin heillä nähtiin olevan paljon tietoa asiakkaan luonteeseen ja mieltymyksiin liittyen.

Tiedonjaossa koettiin ilmenevän eroja kotihoidon sisällä. Kotihoidon työntekijät näkivät keskeisenä osapuolten välisen tiedonkulun ja yhteistyön haasteena kotihoidon sisäisen tiedonkulun ongelmat, jotka johtuvat ennen kaikkea sijaisuuksien aiheuttamista tietokatkoksista. Myös kotikuntoutuksen työntekijät toivat esiin kotihoidon työntekijöiden väliset erot. Heidän osaltaan erot näyttäytyvät yksilöllisinä, persoonakohtaisina eroina, sillä joidenkin työntekijöiden kanssa tiedon jakaminen sujuu ongelmitta, vaikka kiire ja työpaineet ovat yhtäläiset kaikilla kotihoidon työntekijöillä.

2) Ammatillisen osaamisen ja tiedon jakaminen

(KUN/T): *"[Tein RAI-arviointia kotihoidon kanssa yhdessä] ja se oli mielenkiintoinen tilanne ja hyvä tilanne ja se hoitaja koki sen kovin hyväksi itselleen että hän sai myös siitä paljon, kun jaettiin sitä tietoa että kun toisella on sitä toisenlaista näkemystä asioista ja niitä kun yhdistää niin siitä tulee sitä moniammatillisuuden sitä voimaa kun ne tiedot niinkun yhdistää joksikin kokonaisuudeksi"*

Asiakasta koskevan tiedon lisäksi työntekijät kokivat oman ammatillisen osaamisen jakamisen ja muiden osaamisen vastaanottamisen osaksi moniammatillista yhteistyötä. Kotihoidon haastattelussa korostui kotihoidon rooli ammatillisen osaamisen "vastaanottajana", muiden yhteistyötahojen toimiessa tarvittaessa konsulttoijina.

Kotikuntoutuksen haastattelussa ammatillisen osaamisen ja sitä koskevan tiedon jakaminen nähtiin puolestaan molempia hyödyttävänä ja molempien osapuolten panostuksen myötä muodostuvana toimintana, jossa nähtiin piilevän koko moniammatillisuuden ydin. Myös ammatillista osaamista ja toimintaa koskevan tiedon jakaminen nähtiin kotikuntoutuksessa tärkeänä yhteistyön kehittymisen ja yhteisen toimintakentän hahmottumisen kannalta. Tietoa lisäämällä selkeytetään kunkin ammatinedustajan roolia ja tehtävää yhteisten asiakkaiden hoidossa.

3) Työn sisältöjä koskevan tiedon jakaminen

(KUN/F1): *"Mut mä ainakin kerran yhdellä käynnillä olin tosi kiinnostunut ihan.. halusin tietää, että pystyis ajatella heidän näkökulmastaan, kun sanottiin vaan että kun ei ehdi. Et ei ehdi viikonloppuna. Niin sitte mä kysyin että no onko silloin siis niinkun lyhyemmät ajat? Ei. No onko silloin siis vähemmän hoitajia? Ei. Niinku kaikki... niin sitä ei kumminkaan niinkun haluttu antaa sitä tietoa et minkä takia se on tollei. Sit mä jäin vähän siihen vaan että no ei sitten"*

Kotikuntoutuksen haastattelussa tuotiin yhtenä moniammatillisuuden ja tiedon jakamisen ulottuvuutena esiin myös eri ammattiryhmien työn sisältöjen ymmärtäminen; mitä toisen osapuolen työhön ja asiakaskäynteihin konkreettisesti sisältyy. Tiedon ja kokemuksen saaminen toisen osapuolen konkreettisesta työstä nähtiin antavan mahdollisuuden tarkastella yhteistä työkenttää toisen osapuolen näkökulmasta ja tätä kautta edistävän osapuolten välistä yhteistyötä. Kotikuntoutuksen työntekijät kertoivat tähän tarjoutuneen mahdollisuuden projektin alussa, jolloin työntekijöille järjestettiin mahdollisuus kiertää asiakkaiden luona yhdessä kotihoidon työntekijän kanssa. Moni haastateltavista kertoi kuitenkin jättäneensä tutustumiskäynnin väliin. Kotihoidon työntekijöiden haastattelussa työn sisältöjen ymmärtäminen ei noussut keskusteluun.

Yhteenveto jakamisesta

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen määrittelyissä jakaminen liitettiin asiakasta koskevan tiedon, ammatillisen osaamisen ja tiedon sekä työn sisältöjä koskevan tiedon jakamiseen. Molemmat osapuolet pitivät asiakasta koskevan tiedon jakamista keskeisenä osana moniammatillista yhteistyötä, vaikkakin osapuolilla on erilainen näkemys siitä, millaisen tiedon jakaminen on sujuvan moniammatillisen yhteistyön kannalta riittävää ja oleellista. Myös tiedonjakamiskanavat painottuvat osapuolten välillä eritavoin, sillä kotihoito painotti haastatteluissaan viestivihon käyttöä, mutta kotikuntoutuksen työntekijä näkivät potilastietojärjestelmä Pegasoksen olevan ensisijainen tiedonjakamisväylä. Ammatillisen osaamisen ja tiedon jakamisen suhteen kotihoidon työntekijöiden rooli määrittyi tiedon vastaanottajana. Vastaavasti kotikuntoutus näki ammatillista osaamista ja työn sisältöjä koskevan tiedon jakamisen kulkevan molempiin suuntiin. Tällaisen tiedon jakamisen nähtiin lisäävän ymmärrystä yhteistyökumppanin toiminnasta ja sen merkityksestä suhteessa omaan työskentelyyn. Sujuvan asiakasta, ammatillista osaamista ja työn sisältöjä koskevan tiedon jakamista pidettiin etenkin kotikuntoutuksen osalta moniammatillista yhteistyötä edistävinä tekijöinä.

6.2. Kumppanuus

D'Amour ym. (2005) jaottelussa kumppanuudella tarkoitettiin kahden tai useamman toimijan yhteistyöhön ryhtymistä ja toteuttamista yhteisesti määritellyn päämäärän saavuttamiseksi. Kollegiaalinen kumppanuus edellyttää avointa ja rehellistä kommunikaatiota sekä osapuolten tietämystä toistensa näkemyksistä ja osaamisesta. Kotihoidon ja kotikuntoutuksen haastatteluissa osapuolten välinen kumppanuus nähtiin 1) asiakaslähtöisenä toimintana, joka edellyttää 2) yhteisiä tapaamisia. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät onnistuneen yhteistyön edellyttävän myös 3) työntekijöiden tuntemista, arvostusta ja oikeanlaista asennetta. Kotihoidon työntekijät linkittivät kumppanuuden, eli moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen vahvasti kotikäynneillä olevaan 4) aikaan toteuttaa annettuja ohjeita. Kumppanuuteen liittyvät osa-alueet linkittyivät vahvasti toinen toisiinsa, jolloin niiden jaottelussa ilmenee paikoin myös päällekkäisyyksiä.

1) Asiakas keskiössä

(H): *"Jos aattelee tätä koko moniammatillista yhteistyötä niin mitä se teidän mielestänne tarkoittaa ja mitä se teidän mielestänne on?"*

(HOI/L2): *"Kyllä se musta on asiakkaan hyväksi tehtävää työtä"*

(HOI/L3): *"Että asiakkaita varten me täällä ollaan töissä"*

Sekä kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijät näkivät moniammatillisen yhteistyön ja sen toteuttamisen keskiössä asiakkaan. Moniammatillinen yhteistyö on asiakkaan edun mukaista työskentelyä, jonka lähtökohtana ovat asiakkaan omat toiveet ja tarpeet.

2) Yhteiset tapaamiset

(HOI/L1): *"Mulla ainakin oli eräs asiakas, niin me oltiin yhtä aikaa [kotikuntoutuksen kanssa] siellä.*

Et hän haastatteli ja kyseli vähän perustietoja ja muuta liikkumista ja tämmöstä. Mutta sitten sovittiin et milloin he käy ja ettei sitten oltu päällekkäin enää sitten muita käyntejä et se oli sit se eka käynti"

Yhteiset kotikuntoutuksen aloitukseen liittyvät tapaamiset tuotiin esiin yhtenä konkreettisena moniammatillisen yhteistyön muotona. Näiden tapaamisten tavoitteena on suunnitella kotikuntoutusjakson toteutusta ja aikataulutusta sekä kuulla asiakkaan toiveita ja jakaa asiakasta koskevia tietoja. Kotihoidon työntekijät näkivät yhteiset tapaamiset vain asiakasta koskevan tiedon jakamisen ja yhteistyön aikataulutuksen paikkana. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät asiakastapaamiset myös moniammatillista yhteistyötä edistävänä työskentelytapana, jossa

osapuolet pääsevät työskentelemään konkreettisesti rinnakkain. Asiakstapaamisten lisäksi kotikuntoutuksen työntekijät pitivät tärkeänä kohtaamisia, joissa työstettäisiin osapuolten välistä yhteistyötä myös yleisellä tasolla, ei pelkästään kunkin asiakkaan kohdalla. Yhteisten palaverien ja yhteistyökokousten nähtiin selkeyttävän osapuolten roolia ja merkitystä moniammatillisessa yhteistyössä.

3) Työntekijöiden tunteminen, arvostus ja asenne

(KUN/F1): *"Enemmän toivois vielä, että olis sellasessa mutkattomassa yhteistyössä, ettei tulis sellasta että vähän jännittää soittaa että häiritsekö mä hänen työtään tai jotain semmosta"*

Kotikuntoutuksen työntekijät toivat yhteisten tapaamisten rinnalla esiin yhtenä yhteistyön osa-alueena ja sitä vahvasti edistävänä tekijänä osapuolten tuntemisen. Toisen osapuolen työntekijöihin tutustumisen nähtiin helpottavan ennen kaikkea yhteydenpitoa ja tiedon jakamista, kun "työntekijän ääni saa kasvot". Tutuiksi tulemisen uskottiin edistävän myös kotikuntoutuksen työntekijöiden paikan löytymistä asiakkaan hoitoketjussa. Kotikuntoutuksen työntekijät kertoivat ajoittain kotihoidon työntekijöiden kokevan heidät taakkana, vastapuolen pelaajina, jotka vain lisäävät kotihoidon työtä. Tutuiksi tulemisen nähtiinkin osaltaan lievittävän myös taakkana oloa ja helpottavan yhteisen tavoitteen ja päämäärän hahmottamista.

Yhteisten tapaamisten, tutuiksi tulemisen ja paikan löytymisen myötä kotikuntoutuksen työntekijät näkivät myös toisen osapuolen ja oman ammatillisen osaamisen arvostuksen edistyvän yhtenä moniammatillisen yhteistyön osa-alueena. Kaikkien näiden nähtiin olevan kuitenkin riippuvainen työntekijöiden asenteista, mitä pidettiin keskeisenä moniammatillista yhteistyötä rikkovana tekijänä. Kielteiset ja torjuvat asenteet nähtiin lähes mahdottomana lähtökohtana yhteistyön rakentumiselle. Kotihoidossa todettiin olevan suuria yksilöllisiä ja alueellisia eroja työntekijöiden asenteissa. Alueellisten erojen arveltiin liittyvän erityisesti esimiesten omien asenteiden vaikutuksista koko työyhteisön asenneilmapiiriin.

4) Aikaa annettujen ohjeiden toteutukseen

(H): *"Mitä tää moniammatillinen yhteistyö teiltä työntekijänä edellyttää, jotta se olis sujuvaa?"*

(HOI/L3): *"Mun mielestä jos meillä on varattu siihen asiakkaan käyntiaikaan se aika, että me pystytään ohjaamaan siinä jumpassa, niin kyllähän se silloin onnistuu ja kun se on ihan sielä hoitosuunnitelmassa jo... se tarvii olla sielä"*

Kotihoidon haastattelussa moniammatillinen yhteistyö ja sen toteutumisen edellytykset liitettiin vahvasti aikaan ja sen vähyyteen. Osapuolten yhteistyö nähtiin ajasta riippuvaisena tekijänä, jolloin ajan vähyyks ja kiire heikentää työntekijöiden mahdollisuuksia yhteistyöhön osallistumiseen. Kotihoidon työntekijät yhdistivät näissä aikaa käsittelevissä puheenvuoroissaan moniammatillisen yhteistyön annettuihin ohjeistuksiin ja niiden toteuttamiseen; kotikuntoutuksen kanssa tehtävä yhteistyö on annettujen jumppaohjeiden toteuttamista. Epäonnistunut yhteistyö on puolestaan yhtä kuin ajan puutteen vuoksi toteuttamatta jäänyt jumppa.

Yhteenveto kumppanuudesta

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen määrittelyissä kumppanuus liitettiin asiakaslähtöiseen toimimiseen sekä yhteisiin tapaamisiin. Kotihoidolle yhteiset tapaamiset olivat väylä asiakasta koskevan tiedon jakamiseen ja kuntoutusjakson käytännön järjestelyistä sopimiseen. Kotikuntoutukselle tapaamiset olivat näiden lisäksi mahdollisuus yhteistyön kehittämiseen yksittäistä asiakasta laajempina kokonaisuutena. Lisäksi kotikuntoutus näki tärkeänä työntekijöiden tuntemisen, arvostuksen sekä oikeanlaisen asenteen. Toisen osapuolen työntekijöiden tuntemisen nähtiin lisäävän ymmärrystä kumppanuudesta eli rinnakkaisesta yhteiseen päämäärään pyrkivästä työskentelystä. Kotihoidolle moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen näyttäytyi vahvasti kotikäynneille varatun ajan puitteissa tehtävien ohjeiden noudattamisena. Kotihoidolle kumppanuus on oman perustyön lisäksi annettujen tehtävien toteuttamista. Kotikuntoutuksen työntekijöille yhteiset asiakastapaamiset ja palaverit näyttäytyivät mahdollisuutena moniammatillisen yhteistyön vahvistamiseen. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät asiakaskäynneille varatun ajan keskeisenä yhteistyötä edistävänä tekijänä.

6.3. *Keskinäinen riippuvuus*

D'Amour ym. (2005) viittaavat keskinäisellä riippuvuudella yhteistyöhön, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon moninaistuviin haasteisiin löydetään ratkaisuja eri ammattiryhmien tietoja ja taitoja yhdistämällä. Riippuvuus linkittyy ajatukseen, jossa työntekijöistä muodostuvalla kokonaisuudella katsotaan olevan suurempi vaikutus kuin yksittäin toimivilla tahoilla. Keskinäisen riippuvuuden ulottuvuus tuli esiin vain kotikuntoutuksen haastattelussa. Heidän puheissaan keskinäinen riippuvuus linkittyy 1) asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä 2) yhteiseen ongelmanratkaisuun

1) Asiakkaan hoidon suunnittelu ja toteutus

(KUN/F2): *"Mulla oli asiakas jonka piti päästä kulkemaan portaissa. Hoitaja tuli tiettyinä päivinä tiettyyn kellonaikaan toiselle mun käynnille mukaan, et käytiin se porraskävely yhdessä, koska tarkoitus on että myöhemmin hän menee nimenomaan hoitajien kanssa etten mä sielä sitte oo enää paikalla". [--] "Se oli todella kannattavaa. Että mietittiin yhdessä ratkaisuja että miten vois olla ja kun hän tietenkin tiesi niistä arjen toiminnoista paremmin, että miten asiakas pystyy toimimaan sielä niin miten pystytään niitä hyödyntämään, että se auttais taas sitä että pääsis sinne portaisiin. Se oli tosi hyvä"*

Kotikuntoutuksen haastattelussa työntekijöiden keskinäinen riippuvuus nähtiin selkeänä vahvuutena etenkin asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kunkin ammattilaisen osaamisesta muodostuvan kokonaisuuden vahvuus ilmenee erityisesti tilanteissa, joissa työntekijät pohtivat yhdessä, miten kuntoutusjakso tulisi kunkin asiakkaan kohdalla toteuttaa ja millaisia asioita siinä tulisi ottaa huomioon. Myös kotikuntoutusjakson päätyttyä käytävät neuvottelut nähtiin tärkeänä moniammatillisuuden paikkana, jossa kootaan yhteen jakson kulku ja mietitään, miten kotihoito jatkaa toimintaansa intervention päätyttyä.

Keskinäinen riippuvuus rinnastui vahvasti ammatillisen tiedon ja taidon jakamiseen. Riippuvuuden näkökulmasta tarkasteltuna jakamisen tarkoituksena on kuitenkin jalostaa jaettava tietoa yhteisesti asiakkaan hoidon kannalta merkitykselliseksi toiminnaksi. Tällöin yksittäisen ammattilaisen osaamisen ei nähdä yksistään riittävän asiakkaan kannalta parhaimman lopputuloksen saavuttamiseksi. Osapuolten riippuvuuden sekä tietojen ja taitojen yhdistämisen nähtiin edistävän myös moniammatillisen yhteistyön toteutumista.

2) Yhteinen ongelmanratkaisu

(KUN/F1): *"Olin jossain kohtaa ihan hämmästyneenä kun oli ihan semmonen et kun tuli ongelmatilanne niin siinä se yhteistyö toimi. Se oli vaikea tilanne ja kaikki oli vähän et no joo ei tuo toimi ja ei tuo toimi. Mutta aina joku keksi jotain sieltä porukasta sen uuden vaihtoehdon, eikä se ollu sullei et no mä yritän nyt pakolla antaa teille jotakin. Ei tuntunu yhtään siltä että mä jotenkin niitä vaivaan vaan ehkä autan myös"*

Keskinäisen riippuvuuden nähtiin konkretisoituvan myös tilanteissa, joissa asiakkaan kohdalla ilmenneisiin haasteisiin etsitään yhdessä ratkaisuja. Tällöin keskinäinen riippuvuus ilmenee jokaisen työntekijän yhteistyöhön tuomista ongelmanratkaisutaidoista. Asiakkaan eteen tulleiden

haasteiden ratkaisemisen nähtiin siis jäävän vaillinaiseksi, jos ratkaisuja etsii vain yksin oman ammatillisen tietämyksensä näkökulmasta. Useamman työntekijän tietojen yhdistäminen lisää todennäköisyyttä ratkaisujen löytymiseen. Keskinäinen riippuvuus ilmenee kotikuntoutuksen työntekijöiden työssä myös tilanteissa, joissa kotihoidon työntekijät haluavat hyödyntää heidän osaamistaan haasteellisissa tilanteissa, joihin uskovat esimerkiksi toimintaterapeutin löytävän ratkaisuja.

Yhteenveto keskinäisestä riippuvuudesta

Kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelyissä keskinäinen riippuvuus liitettiin asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä yhteiseen ongelmanratkaisuun. Kotihoidon työntekijät näkivät molempien osapuolten ja eri ammattiryhmien tietojen ja taitojen yhdistämisen johtavan asiakkaan edunmukaiseen toimintaan. Yhdessä toimimalla tuotetaan parempi lopputulos kuin yksin tekemällä. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät keskinäisen riippuvuuden tunnistamisen ja sen toteuttamisen keskeisenä moniammatillista yhteistyötä edistävänä tekijänä.

6.4. Valta

D'Amourin ym. (2005) jaottelussa valta nähdään todellisessa yhteistyössä jakautuvan yhteistyöhön osallistuvien kesken. Valta perustuu myös tietoon ja kokemukseen, ei virkaan tai nimikkeisiin. Vallasta keskusteltiin haastatteluissa todella vähän, mikä osaltaan saattaa selittyä D'Amourin ym. (2005) jaotteluun sisältyvästä näkemyksestä, jonka mukaan valta syntyy yhteistyötahojen vuorovaikutuksessa ja on siitä erottamaton. Osa-alue tuli esiin vain kotikuntoutuksen haastattelussa liittyen päätösvaltaan 1) aloittaa kotikuntoutuksen interventio.

1) Intervention aloitus

(KUN/F): *"Ja on kyllä myöskin niin päin et meiltä haluttas se palvelu, mut jos me katsotaan et siinä ei ois tuloksia. Mä oon ainakin pitäny siit semmosen rajan, et sitä ylläpitävää en lähde kotiin tekemään, koska sit sehän on aina joltain muulta pois. Niin sitä ei välttämättä ymmärretä, että minkä takia mä en mene. Että sinun on nyt mentävä sinne koska minä niin sanon. Mut mä olen kuitenkin sen oman alan asiantuntija ja minkä kyllä sitten katson, et onko se tarpeellista vai ei"*

Toisin kuin D'Amourin ym. (2005) jaottelussa, kotikuntoutuksen haastattelussa vallan ei nähdä jakautuvan tasaisesti yhteistyöhön osallistuvien kesken; ainakaan hoitajakson aloittamisen suhteen. Valtakysymysten nähtiin nousevan esiin tilanteissa, joissa kotihoidon ja kotikuntoutuksen

työntekijöillä on eriäviä näkemyksiä koskien kotikuntoutuksen kohderyhmää. Tällaisissa tilanteissa päätösvalta kietoutuu ammatilliseen osaamiseen ja tietoon.

6.5. Prosessi

Viimeisenä ulottuvuutena D'Amour ym. (2005) näkevät yhteistyön kehittyvänä ja muuttavana prosessina. Onnistunut prosessi edellyttää ammatillisten rajojen läpinäkyvyyttä ja ylityksiä, jotta jokaisen asiakkaan hoitoon osallistuvan tiedot ja taidot ovat aidosti käytettävissä. Yhteistyö prosessina tuli esiin vain kotikuntoutuksen haastatteluissa. Heidän puheissaan prosessilla viitattiin etenkin 1) ammattirajojen ylityksiin. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät moniammatillisen yhteistyön myös ajan ja 2) työn tuloksellisuuden myötä kehittyvänä prosessina.

1) Ammattirajojen ylitykset

(KUN/F1): *"Siinä täytyy aina vähän myös niinkun uskaltaa tavallaan asettaa se oma ammattitaito kyseenalaiseksi, koska sä voit oppia kaikilta, niin sitte niillä voikin olla eri näkemys niin täytyy olla vastaanottavainen siinä, että ehkä toi tietääkin, vaikka oiskin ihan toisen ammatin edustaja niin silti sillä voi olla siihen sun juttuun joku semmonen parempi keino"*

Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät moniammatillisen yhteistyön edellyttävän myös oman ammattitaidon ja -ylpeyden kriittistä tarkastelua suhteessa muihin asiakkaan hoitoketjuun osallistuviin ammattilaisiin. Tällaisen toiminnan nähtiin edellyttävän tietämystä omasta ammattiosaamisesta, jonka tietoinen kyseenalaistaminen avaa mahdollisuuksia oman osaamisen laajentamiseen asiakkaan edun mukaisesti. Kriittinen tarkastelu tapahtuu ammattirajoja häivyttämällä ja tarttumalla työtehtäviin, joiden ei välttämättä katsota kuuluvaksi omaan toimenkuvaan. Toiselle työntekijälle kuuluvia tehtäviä voidaan ottaa myös itselle hoidettavaksi soveltamalla ja sovittamalla ne osaksi omia töitä, esimerkiksi yhdistämällä toimintaterapiaan fysioterapeutin kuntoutusohjeita.

Oman ammattitaidon kriittiseen tarkasteluun ja ammattirajojen ylityksiin liittyy myös kyky vastaanottaa ja oppia uutta ilman oman ammatin ja ammattiylpeyden asettamia rajoja. Toisilta oppiminen ei koske vain asiakasta koskevan tiedon jakamisen kautta tulevaa oppia asiakkaasta, vaan ulkopuolisen silmin tarkastelun uskotaan tuovan myös omaan ammatilliseen osaamiseen jotain uutta, jota ei vain omasta totutusta näkökulmastaan tarkasteltuna ole välttämättä mahdollista huomata. Omien ammattirajojen ylittämisen nähtiin tuottavan joustavuutta

työskentelyyn ja täten edistävän kotihoidon ja kotikuntoutuksen välistä moniammatillista yhteistyötä.

2) Työn tuloksellisuus

(KUN/F): "Mä en tiedä miten se asenne on mahtanu nyt muuttua, mut silloin kun oli se ensimmäinen tiedotustilaisuus niin kyl aika nyrpeetä naamaa oli. Et just pelätään sitä, että me lisätään heidän työtä. Mut mä luulen, et kyl me ollaan aika hyvää työtä tehty, koska me ollaan saatu myöskin positiivista palautetta siitä, että työ on helpompaa kun asiakkaat on paremmassa kunnossa"

Koska kotikuntoutus on aloittanut toimintansa projektina vasta vuoden 2014 alussa, on se Tampereella ikäihmisten hoitoon osallistuvana toimijana vielä verrattain uusi. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivätkin heidän toimintansa uutuuden olevan syynä yhteistyön ajoittaiseen toimimattomuuteen. Samassa he kuitenkin näkivät osapuolten välisen yhteistyön prosessina, joka ajan ja työn tuloksellisuuden myötä vaikuttaa myönteisesti myös osapuolten välisen yhteistyön onnistumiseen ja tehostumiseen. Haastatteluissa kerrottiin kotikuntoutuksen tuloksellisuuden näkyvän muun muassa asiakkaiden voinnin kohentumisena ja täten kotihoidon työn helpottumisena. Työntekijä näkivätkin kotikuntoutuksen paikan asiakkaan hoidossa määrittävän ja vakiintuvan kotihoidon työntekijöiden kokiessa kotikuntoutuksen työn tulokset.

Yhteenveto prosessista

Kotikuntoutuksen määrittelyissä prosessi liitettiin ammattirajojen ylityksiin sekä työn tuloksellisuuteen. Omien ammattirajojen ylityksien nähtiin palvelevan sekä työntekijöitä että asiakkaita. Työntekijälle omien ammatillisen osaamisen kyseenalaistamisen ja rajojen ylityksien nähtiin tarjoavan mahdollisuuksia uusien tietojen ja taitojen omaksumiseen. Liian tiukkojen rajojen häivyttäminen ja toisten työtehtävien toteuttamisen nähdään palvelevan myös asiakkaan hoidon sujuvuutta ja osapuolten välistä yhteistyötä. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellyttävän myös työn tuloksellisuuden osoittamista, jonka myötä kotikuntoutuksen merkityksen asiakkaan hoidossa arvioitiin selkiytyvän.

7. Analyysi: Kuntouttava työote

Tässä kappaleessa analysoin aineistoani kuntouttavan työotteen osalta. Analyysini pohjana käytän tekemääni kirjallisuuteen pohjautuvaa kuntouttavan työotteen jaottelua, jossa ulottuvuudet ovat:

asiakkaan toimintakyky ja voimavarat, asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys, yhdessä toimiminen asiakkaan kanssa, työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelu sekä työntekijöiden yhteistyö. Moniammatillisen yhteistyön tavoin, rakentuu analyysitekstini kuntouttavan työtteen jaottelun mukaisesti. Teksti myös kulkee moniammatillisen yhteistyön tavoin jokaisen osa-alueen kohdalla yhteisistä määritelmistä kohti kotikuntoutuksen työntekijöiden laajempia määrittelyjä.

7.1. Asiakkaan toimintakyky ja voimavarat

Jaottelussa käyttämässäni aineistossa korostui kuntouttavan työtteen yhteys ikäihmisten toimintakykyyn. Työtteen tavoitteena on tukea, edistää ja ylläpitää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toiminnassa on otettava huomioon asiakkaan säilyneet voimavarat ja kompensoida mahdollisesti heikentyneitä toimintakyvyn osa-alueita. Kuntouttava työote on omatoimisuuteen kannustamista. Asiakkaan toimintakyky ja voimavarat nousivat vahvasti esiin myös kotihoidon ja kotikuntoutuksen haastatteluissa. Heidän työssään toimintakyvyn huomioiminen on 1) asiakaslähtöistä toimintaa, jossa huomioidaan myös 2) asiakkaan toimintaympäristö. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät myös 3) toimintakyvyn kompensoimisen osana kuntouttavaa työtettä.

1) Asiakaslähtöinen toimintakyvyn huomioiminen

(KUN/F1): *"Otetaan se asiakkaan voimavarat käyttöön, mitä se pystyy tekemään. Voidaan ylläpitää tai jopa parantaa sen toimintakykyä"*

(KUN/F2): *"Ja ainahan se ei oo nousujohteista jos aattelee kuntouttavaa työtettä, niin sekin että pyritään pitämään se..."*

(KUN/F1): *"Tai hidastamaan siis toimintakyvyn laskua, niin sehän voi kans olla jos on joku etenevä sairaus."*

Sekä kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijät liittivät kuntouttavan työtteen asiakkaan toimintakykyyn. Asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen on työskentelyn perusta, mutta onnistuakseen kuntouttavan työtteen mukaisen työskentelyn tulee olla asiakaslähtöistä ja yksilöllistä. Käytännössä tällä tarkoitetaan kunkin asiakkaan edun mukaista toimimista huomioimalla, mitä kunkin asiakkaan toimintakyky mahdollistaa. Samalla toimintatavalla ei voida työskennellä jokaisen asiakkaan kohdalla.

Kotikuntoutuksen haastattelussa asiakaslähtöinen toimintakyky konkretisoitui keskusteluun toimintakyvyn eri suunnista. Toimintakykyä ei tule nähdä vain tavoitteiden kautta yhteen suuntaan etenevänä prosessina, sillä toimintakyvyn yksilöllinen huomioiminen voi tarkoittaa toisen asiakkaan kohdalla toimintakyvyn kohentamista ja toisen sen ylläpitämistä tai jopa hidastamista. Suunnasta huolimatta, tavoitteena on aina pyrkiä kohti asiakkaan edunmukaisinta toimintakyvyn tasoa.

2) Asiakkaan koti toimintaympäristönä

(KUN/F): *"Elikkä kyl mä lähden siitä aina, et mikä on sen asiakkaan toimintakyky ja miten hän siinä omassa työympäristössään kotona, miten hän siin pystyy toimimaan"*

Osapuolet liittivät asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen myös ikäihmisen oman toimintaympäristön huomioimisen. Koska molemmat osapuolet työskentelevät asiakkaan kotona ja työn tavoitteena on kotona pärjäämisen tukeminen, pitivät työntekijät asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa tärkeänä myös kodin huomioimista. Koti asettaa työskentelylle rajansa, mutta se myös tarjoaa tilaisuuden harjoittaa asiakkaan toimintakykyä siinä tilassa, jossa toimintakykyä myös käytetään. Kotona tehtävien harjoitteiden etuna nähdään myös niiden sujuvampi siirtäminen osaksi asiakkaan arkea. Kotikuntoutuksen työntekijät pitävätkin työnsä suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana asiakkaan tapaa ja kykyä toimia omassa kodissaan.

3) Menetetyn toimintakyvyn kompensoiminen

(KUN/T): *"Mä en tiedä minkä takia joskus tavallaan sen toimintakyvyn olemassaolo jää näkemättä ja huomaamatta. Et myös mulla on ollut yks pyörätuolipotilas, joka pystyy pieniä matkoja käveleen, niin silti kotihoito lataa kahvit valmiiksi. Ja sit kun me on lähdetty sitä purkamaan, niin no kappasvaan hän pyöräyttää itte kahvit ykskätisesti. Et se löytyy tavallaan uudelleen se kapasiteetti sieltä että tää ei tarkota sitä, että vaikka on se pyörätuoli, et ei pystyis osallistumaan askareisiin itse. Ettei tarvii sitä kahvia keittää tietyllä tapaa, et sen voi tehdä monella tavoin"*

Menetetyn toimintakyvyn kompensoinnilla tarkoitetaan heikentyneen tai menetetyn osa-alueen osittaista tai kokonaista korvaamista uudella toimintatavalla. Kompensoinnista keskusteltiin vain kotikuntoutuksen haastatteluissa ja näissä se nousi esiin erityisesti toimintaterapeuttien puheenvuoroissa. He näkivät työnsä keskiössä olevan nimenomaan uusien toimintatapojen ja menetelmien kehittämisen heikentyneiden tai menetettyjen toimintakyvyn osa-alueiden tilalle. Tällaisen työn koettiin edellyttävän työntekijöiltä herkkyyttä ja hoksaavuutta nähdä, milloin

asiakkaan toimintakykyyn voidaan vielä kompensoinnilla vaikuttaa. Haastatteluissa tuotiinkin esiin tilanteita, joissa kotihoidon työntekijöiltä on jäänyt asiakkaan potentiaaliset kyvyt alkuun tunnistamatta. Kotikuntoutuksen työntekijät kuitenkin näkivät käytettävissä olevan ajan ja työntekijöiden vaihtuvuuden vaikuttavan suuresti kotihoidon työntekijöiden mahdollisuuksiin toteuttaa kompensoivaa työtä. Kompensointi edellyttää työntekijältä mahdollisuuksia pysähtyä seuraamaan asiakkaan toimimista sekä suunnitella ja kokeilla sen pohjalta, miten toiminnan voisi tehdä toisin. Tällaisen työskentelyn ei nähty mahdollistuvan kotihoidon lyhyillä kotikäynneillä.

Yhteenveto asiakkaan toimintakyvystä ja voimavaroista

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen määritelmässä asiakkaan toimintakyky ja voimavarat liitettiin asiakaslähtöiseen toimintakykyyn sekä asiakkaan toimintaympäristön huomioimiseen. Molemmat osapuolet liittivät kuntouttavan työtteen vahvasti kunkin asiakkaan yksilöllisen toimintakykyyn ja voimavarojen huomioimiseen. Kotikuntoutuksen työntekijät korostivat myös toimintakykyyn yksilöllisen huomioimisen tarkoittavan edistämisen lisäksi myös toimintakykyyn ylläpitämistä tai hidastamista. Asiakaslähtöisyyttä edistää myös kunkin asiakkaan toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden huomioiminen toimintakäynnin tukemisessa. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät asiakaslähtöisen toimintakykyyn huomioimisen tarkoittavan heidän työssään myös menetetyin toimintakykyyn kompensoimista, eli korvaamista uusilla tavoilla toimia. Uusien toimintatapojen keksimisen, suunnittelun ja toteutuksen todettiin edellyttävän aikaa, minkä nähtiin heikentävän kotihoidon työntekijöiden mahdollisuuksia kompensoinnin toteuttamiseen heidän työssään.

7.2. *Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys*

Asiakkaan toimintakykyyn ja voimavarojen huomioimisen lisäksi, tulee tekemäni jaottelun mukaan huomioida asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys osana kuntouttavaa työtettä. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää asiakkaan osallisuuden sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksien huomioimista. Tekemissäni haastatteluissa selkeää itsemääräämisoikeutta käsittelevää keskustelua ei käyty juuri ollenkaan. Ainut aihetta selkeästi käsittelevä kommentti tuli esiin toisessa kotikuntoutuksen haastattelussa, jossa eräs työntekijä puhui 1) asiakkaan päätäntävällästä.

1) Asiakkaan päätösvalta

(KUN/L): *"Kun olis toivottavaa, että hän itse omassa kodissaan kykenevänä päättäis minkä takin hän valitsee [kun lähdetään ulos]. Tai että hän onkin itsenäisesti päättänyt, että ei hän kyllä taidakaan jaksaa mennä ulos"*

Yksi kotikuntoutuksen työntekijä liitti asiakkaan päätäntävällän osaksi kuntouttavaa työotetta. Koska kuntouttavaa työotetta on se, ettei asioita tehdä asiakkaan puolesta, palvelee työotetta myös se, ettei asioista päätetä asiakkaan puolesta. Päätäntävällän nähtiin tukevan asiakkaan omatoimisuutta ja lisäävän asiakkaan kokemusta osallisuudesta hoitohenkilökunnan kanssa työskentelyyn. Kuten puolesta tekemiseen, myös puolesta päättämiseen nähdään usein sortuvan ajan puutteen vuoksi.

Vaikka selkeää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä käsittelevää keskustelua ei haastatteluissa juurikaan käyty, sivuttiin aihetta kuitenkin useissa puheenvuoroissa. Esimerkiksi asiakkaan osallisuudesta hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen keskusteltiin haastatteluissa paljon, mutta niitä ei suoraan rinnastettu asiakkaan itsemääräämisoikeuteen tai yksityisyyteen. Näitä teemoja ei haastatteluissa erikseen avattu, vaan ne nähtiin pikemminkin sisäänrakennettuina kuntouttavaan työotteeseen.

7.3. *Yhdessä toimiminen asiakkaan kanssa*

Jaottelua varten läpi käymässäni aineistossa kiteytyi kuntouttavan työotteen periaate selkeästi lauseeseen: "kuntouttava työote on yhdessä toimimista, ei puolesta tekemistä". Tällöin asiakas toimii omien voimavarojensa puitteissa työntekijän toimiessa avustajana, ohjaajana ja motivoijana. Keskeistä on myös löytää tasapaino liiallisen ja liian vähäisen avun välillä pyrkien yhdessä määriteltyihin ja sovittuihin tavoitteisiin. Haastatteluissa työntekijöiden näkemykset painottuivat selkeästi vahvimmin tähän kuntouttavan työotteen osa-alueeseen. Työotteen nähtiin olevan ennen kaikkea 1) omatoimisuuden ja avustamisen rajalla tasapainoilua. Sen nähtiin myös edellyttävän 2) asiakkaaseen tutustumista ja aikaa. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät työotteen onnistumisen edellyttävän myös 3) tavoitteellisuutta ja suunnitelmallisuutta.

1) Omatoimisuuden ja avustamisen raja

(KUN/T): *"Porrastettu apu. Eli se voi olla sanallista, joskus se voi olla et joutuu ihan manuaalisesti ohjaamaan tai auttamaan. [---] "Et se on sellasta kokoajan vähä tasapainon hakemista et missä*

kohtaa mä vedän ja missä kohtaa mä riuhtasen ja missä kohtaa mä enemmän pehmeästi koitan saada sitä ihmistä liikkeelle"

Molemmat osapuolet tiivistivät kuntouttavan työtteen periaatteen vahvimmin asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen, antamalla asiakkaan tehdä mahdollisimman paljon itse. Tämän nähtiin olevan koko kuntouttavan työtteen ydin, jonka mukaisesti toimimisen nähtiin tukevan ja vahvistavan asiakkaan toimintakykyä. Tähän liittyen haastateltavat näkivät kuntouttavan työtteen keskeisenä piirteenä omatoimisuuden ja avustamisen rajan löytämistä; milloin asiakasta voi kannustaa itsenäiseen tekemiseen ja milloin asiakkaan toimintakyky edellyttää avustamista tai jopa puolesta tekemistä. Raja on yksilöllinen, mikä edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa toimintakyvyn arviointia ja herkkyyttä kyseenalaistaa, mitkä asiakkaan todelliset kyvyt itsenäiseen toimimiseen ovat. Osalle asiakkaista pelkkä kehoitus tai kannustus itsenäiseen toimimiseen riittää, mutta joidenkin asiakkaiden kohdalla kuntouttava työote tarkoittaa työntekijän tulemista vastaan jokaisessa vaiheessa.

Toisin kuin tekemässäni jaottelussa, jossa yhtenä yhdessä toimimisen osana oli, ettei tarkoituksena ole asiakkaan pakottaminen itsenäiseen toimimiseen, näkivät kotikuntoutuksen työntekijät pakottamisen yhdeksi osaksi kuntouttavaa työtettä. Haastateltavat näkivät pakottamisen mielleltävän usein varsin kielteiseksi, vaikka pakottaminen voi tietyissä tapauksissa olla "vahvaa kannustamista". Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät pakottamisen joidenkin asiakkaiden kohdalla hyväksi tavaksi rohkaista asiakasta kokeilemaan toimintakykynsä rajoja ja rohkaistumaan tekemään asioita, joihin ei omien kykyjen uskonut enää riittävän. Pakottamisen käyttäminen riippuu toki asiakkaan persoonallisuudesta.

Toisaalta taas kotihoidon työntekijät näkivät yhtenä kuntouttavan työtteen keskeisenä osana asiakkaan hillitsemisen. Työntekijä kertoivat tilanteista, joissa asiakkaiden liiallista toimeliaisuutta joudutaan hillitsemään terveydellisistä syistä. Kuntouttavaa työtettä on siis myös asiakkaan omatoimisuuden rajoittaminen toimintakyvyn ja terveyden rajoitusten vuoksi.

2) Asiakkaaseen tutustuminen ja aika

(KUN/F): *"Ja sitte pitää olla hyvinkin ihmistuntija. Oikeesti et pystyy..."*

(KUN/L): *"... ja toisen kans vedetään toisesta narusta ja toisen kanssa onnistuu toisesta"*

Sekä kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijät näkivät omatoimisuuden rajan löytymisen edellyttävän asiakkaaseen tutustumista. Asiakkaaseen tutustumalla nähdään miten asiakas toimii, mitä hän kotonaan tekee, mitkä asiat ovat hänelle tärkeitä ja mitkä ovat asioita, joihin hän tarvitsee konkreettista apua sanallisen ohjaamisen sijaan. Asiakkaan tuttuuden nähtiin olevan sekä asiakkaan että työntekijöiden etu. Asiakkaaseen tutustumisen nähtiin tuovan luottamusta, jolloin asiakkaan saattaa olla helpompi kertoa mahdollisista vaikeuksistaan ja toiveistaan tutulle työntekijälle, jolloin myös työntekijän on helpompi sovittaa työskentelytapojaan kyseiselle asiakkaalle soveltuvaksi.

Molemmat osapuolet näkivät kuitenkin omatoimisuuden rajan löytämisen ja asiakkaaseen tutustumisen edellyttävän aikaa olla asiakkaan kanssa. Aika nähtiin ylipäänsä yhtenä keskeisenä kuntouttavan työtteen toteutumisen edellytyksenä. Riittävä aika mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen ja perusteellisen toimintakyvyn hahmottamisen sekä reagoimisen äkillisiin muutoksiin kotikäyntien aikana. Ajan kanssa pystytään myös luomaan luottamuksellinen suhde asiakkaaseen, jonka nähtiin edesauttavan asiakkaan halukkuutta toimia omatoimisemmin. Vahvimmin kuntouttavan työtteen vaade riittävään aikaan liittyy ikäihmisten toiminnan hidastumiseen; kuntouttava työote edellyttää asiakkaan omatoimisuutta, mutta ikäihmisen itsenäinen toimiminen on hitaampaa ja vaatii aikaa. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivätkin oman työnsä selkeänä etuna pitkät kotikäynnit, jonka aikana heillä on mahdollisuus mukautua ja suunnitella toiminta asiakkaan tilanteen mukaan ja käyttää aikaa asiakkaan suostutteluun ja toimimisen odotteluun.

3) Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus

(KUN/T): *"Ja sittehan se lähtee siitä, kun me mennään sinne ensimmäisen kerran, niin sitten ollaan kiinnostuneita tästä ihmisestä ja hänen toiveistaan ja tarpeistaan ja mietitään niitä tavoitteita. Että asiakas asettaa niitä. Ja nehan voi olla ihan erilaisia asioita kuin mitä sitten joku lääkäri tai hoitaja ajattelis"*

Vaikka kuntouttavaa työtettä pidettiin erottamattomana osana kaikkea ikäihmisten kanssa tehtävää toimintaa, nähtiin kotikuntoutuksessa työtteeseen sisältyvän myös toiminnan suunnitelmallisuus ja tavoitteiden asettaminen. Yhdessä asiakkaan ja muiden hoitohenkilökunnan kanssa määritellyt tavoitteet nähtiin asiakkaan kanssa toimimisen kivijalkana, jonka pohjalta kuntouttavan työtteen soveltaminen kunkin asiakkaan tarpeisiin muotoutuu. Yhdessä asetetut

tavoitteet ja niihin palaaminen tekee myös näkyväksi asiakkaan toimintakyvyn mahdollisen kohentumisen ja täten myös tavoitteisiin johtaneiden työskentelytapojen merkityksen.

Asetettujen tavoitteiden tulee kuitenkin olla asiakkaan tarpeiden ja toiveiden pohjalta laadittuja, jotta niiden toteutuminen mahdollistuu. Ammattilaisten yksinään kaavailemien tavoitteiden ei nähdä palvelevan asiakasta, sillä asiakkaan näkemykset voivat olla hyvinkin erilaisia, mitä ammattilainen on saattanut oman osaamisensa pohjalta suunnitella. Jos asiakas ei tunne tavoitteita omakseen, ei hän niitä myöskään lähde tavoittelemaan. Asiakas tarjoaa ”materiaalit” ja ideat tavoitteille, joita lähdetään yhdessä ammattilaisten tarjoamilla välineillä tavoittelemaan.

Yhteenveto yhdessä toimiminen asiakkaan kanssa

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen määritelmässä asiakkaan kanssa yhdessä toimiminen liitettiin omatoimisuuden ja avustamisen rajan löytämiseen sekä asiakkaaseen tutustumiseen ja aikaan. Omatoimisuuden ja avustamisen rajalla tasapainoilu kiteytti vahvasti molempien osapuolten näkemykset kuntouttavasta työotteesta. Rajalla tarkoitettiin niiden yksilöllisten toimintakyvyn kohtien löytämistä, joissa asiakas kykenee toimimaan itsenäisesti, joissa hän tarvitsee apua ja joissa hän tarvitsee puolesta tekemistä. Kuntouttavan työotteen nähtiin edellyttävän työntekijöiden herkkyyttä tunnistaa ja kyseenalaistaa asiakkaan todellinen toimintakyky ja sovittaa toimintakykyä tukevat työskentelytavat asiakkaan luonteenpiirteisiin sopiviksi. Kotikuntoutuksen työntekijöille tuon rajan löytyminen saattaa joidenkin asiakkaiden kohdalla edellyttää pakottamista. Kotihoidolle rajan löytyminen saattaa puolestaan edellyttää asiakkaan hillitsemistä. Molemmat osapuolet näkivät rajan löytymisen edellyttävän ennen kaikkea asiakkaaseen tutustumista sekä aikaa antaa hitaasti toimivan ikäihmisen tehdä asioita itsenäisesti.

Kotikuntoutuksen työntekijät liittivät yhdessä toimimisen myös tavoitteiden ja toiminnan suunnitteluun. Onnistuakseen asiakkaan kanssa tehtävän toiminnan tulee olla yksilöllisesti asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää. Asiakkaan kokiessa asetetut tavoitteet omikseen, on niiden tavoitteleminen asiakkaalle mielekkäämpää kuin ulkopuolelta tulleisiin tavoitteisiin pyrkiminen.

7.4. Työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelu

Tekemässäni jaottelussa työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelulla viitattiin erityisesti työntekijöiden itsereflektioon. Onnistunut työote edellyttää omien asenteiden tunnistamista ja

kykyä reflektoida omia toimintatapoja sekä hyvää ammatillista tietoperustaa. Tekemissäni haastatteluissa työskentelytapoja ja asenteita ei niinkään arvioitu omakohtaisesti, vaan keskusteluissa pohdittiin sitä, millaiset työskentelytavat eivät tue asiakkaan omatoimisuutta eivätkä täten myöskään kuntouttavan työtteen ideaa ja miksi tällaisia työskentelytapoja kuitenkin käytetään. Erilaisten työskentelytapojen nähtiin johtuvan eriävistä näkemyksistä koskien 1) asiakkaan etua sekä työntekijöiden omista 2) asenteista ja motivaatiosta toteuttaa omatoimisuutta tukevia työskentelytapoja. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät myös 3) työn sisältöjä koskevien näkemysten vaikuttavan työskentelytapojen toteuttamiseen.

1) Asiakkaan edunmukainen toiminta

Haastatteluissa työskentelytavoista keskustelu kytkeytyi vahvasti kunkin asiakkaan edunmukaisesti toimimiseen. Kukin työntekijä pyrkii työssään sovittamaan työskentelytapansa kutakin asiakasta tukevaksi. Työskentelytavoista keskusteleminen liittyi vahvasti myös edellä käsiteltyyn omatoimisuuden ja avustamisen rajan löytymiseen, mutta työskentelytavat kertovat myös asiakkaan välittömän mielihyvän ja pitkántähtäimen edun välillä kulkemiseen. Onko asiakkaan edunmukaista tuottaa hänelle välitöntä mielihyvää tekemällä asioita puolesta vai onko asiakkaan kannustaminen ja ajoittain "pakottaminen" toimimaan itsenäisesti pitkällä tähtäimellä parempi vaihtoehto? Tällä rajalla tasapainoilun nähtiinkin eroavan suuresti eri työntekijöiden välillä.

Kotikuntoutuksen näkökulmasta kuntouttavan työtteen mukainen puolesta tekemisen välttäminen on asiakkaan edunmukaista työskentelyä, minkä osaltaan allekirjoittivat myös kotihoidon työntekijät. Samaan aikaan he kuitenkin toivat esiin asiakkaan välittömään mielihyvään tähtäävän työskentelyn. Kotihoidon työntekijät kertoivat asiakkaista, jotka ovat tottuneet siihen, että asioita tehdään puolesta, vaikka pystyisivät toimimaan itse. Vaikka asiakkaina on myös ikäihmisiä, joiden kohdalla he toteuttavat kuntouttavaa työtettä ohjaamalla, avustamalla ja kannustamalla asiakkaita omatoimisuuteen, nähdään joidenkin asiakkaiden kohdalla passaamisen ja välittömän mielihyvän tuottamisen olevan asiakkaan etu.

(H): *"Onko teillä sitte jotain keinoja millä te saatte tällaisia asiakkaita mukaan siihen, että mitäs jos keitettäisiin yhdessä kahvit?"*

(HOI/L3): *"Ei varmaan aina saa. Että kyllä ehkä sellasen mielialan... pysyy mieliala parempana sitten kun vähän passaa"*

(HOI/L2): *"Sit kyl ne joskus totee että.. just nää joitten eteen tekee tietyt asiat niin kyl ne sit niinkun kiittää, että kun sä pidät niin hyvää huolta hänestä, että kyllä sen kiitoksen saa sitte suoraan asiakkailta heti"*

Molemmat osapuolet tunnistivat työssään paineen puolesta tekemisen välttämiseen. Rajoitetun ajan nähtiin olevan keskeinen syy tehdä asioita puolesta; aikataulutetuilla kotikäynneillä ei etenään kotihoidossa ole rajattomasti aikaa suostutella asiakasta tekemään yhdessä. Ajan lisäksi molemmat osapuolet näkivät koulutuksen vaikuttavan suuresti puolesta tekemiseen. Työntekijät arvelivat nuorien uusien alalle tulevien omaavan omatoimisuuteen kannustamisen vahvemmin, kuin pitkään työtä tehneiden.

2) Asenne ja motivaatio

(KUN/F1): *"Ja toisaalta esimiesten luoma asenneilmapiiri, että kannustetaanko siihen [kuntouttavaan työotteeseen]. Ja sitte se yksilön oma asenne"*

Koska molemmat osapuolet näkivät työntekijöiden toiminnassa suuriakin eroja, pidettiin kuntouttavaa työtettä tukevien työskentelytapojen riippuvan ennen kaikkea työntekijöiden asenteista ja motivaatiosta. Näiden ollessa kohdillaan koettiin kuntouttavan työotteen näkyvän työntekijän tavassa kohdata ja toimia asiakkaan kanssa. Vaikka asenteiden nähtiin olevan yksilöllisiä, arvioitiin osaltaan myös esimiesten näkemysten heijastuvan koko työyhteisön suhtautumiseen ja työskentelytapoihin.

3) Näkemykset työstä

(KUN/L): *"Mulle tuli kotihoidosta yhdelle käynnille opiskelija mukaan, niin hän kertoi, et kun hänen ohjaajansa on vanha kodinhoitaja, et hän oli jollain kuntouttavalla oppimisjaksolla siellä, niin hän oli kuus viikkoa pääasiassa saanu tiskata. Niin siitä voi sitte tietää, mitä se ohjaaja pitää tärkeenä siellä kotona asiakkaan luona"*

Työskentelytapojen nähtiin kotikuntoutuksessa olevan riippuvaisia myös työntekijöiden erilaisista näkemyksistä koskien työtä ja työn sisältöjä. Kotihoidon työntekijöillä nähtiin olevan hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mitkä ja miten toteutetut työtehtävät palvelevat asiakkaan etua ja omatoimisuutta. Tämän arvioitiin heikentävän kuntouttavan työotteen toteuttamista. Näiden eriävien näkemysten nähtiin ensisijaisesti johtuvan koulutuksesta. Joidenkin alun perin kodinhoitajakoulutuksen saaneiden kerrottiin painottavan edelleen työssään kodin kunnossapitoa

asiakkaan hoidon sijaan. Työn sisältöjä koskevien näkemuserojen kerrottiin näkyvän myös työntekijöiden erilaisissa tavoissa suhtautua työtehtäviin, joista ei jää ”jälkeä”, kuten esimerkiksi asiakkaan kanssa keskusteluun. Kotikuntoutuksen työntekijät kertoivat tilanteista, joissa joidenkin kotihoidon työntekijöiden on vaikea mieltää ”pelkkää” vuorovaikutusta ja keskustelua osaksi heidän työtään. Kotikuntoutuksen työntekijät arvelivat joidenkin kotihoidon työntekijöiden kokevan olevansa huonoja työntekijöitä, jos he vain juttelevat asiakkaan kanssa.

Yhteenveto työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelusta

Kotihoidon ja kotikuntoutuksen määritelmässä työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelu liitettiin asiakkaan edunmukaiseen toimintaan sekä työntekijöiden asenteisiin ja motivaatioon. Molemmat osapuolet liittivät kuntouttavan työtteen soveltamisen kunkin asiakkaan edun mukaiseen toimimiseen. Työskentelytapojen soveltaminen liittyi aikaisemmin käsiteltyyn omatoimisuuden ja avustamisen rajan löytymiseen, mutta määrittelyt koskivat myös asiakkaan välittömään mielihyvään ja pitkántähtäimen etuun pyrkimistä. Vaikka molemmat osapuolet allekirjoittivat asiakkaan pitkántähtäimen etuun pyrkivien työskentelytapojen olevan asiakkaan edunmukaista toimintaa, toivat kotihoidon työntekijät haastattelussa esiin tilanteita, joissa välittömään mielihyvään tähtäävien työskentelytapojen nähtiin olevan asiakkaan etu. Molemmat osapuolet näkivät ajan ja koulutuksen vaikuttavan suuresti asiakkaan pitkän tähtäimen etuun pyrkivien työskentelytapojen käyttämiseen. Myös työntekijöiden oma asenne ja motivaatio vaikuttavat kuntouttavan työtteen mukaisesti toimimiseen. Kotikuntoutuksen työntekijät arvelivat myös erilaisten työtä ja työtehtäviä koskevien näkemuserojen vaikuttavan kuntouttavan työtteen toteuttamiseen. He näkivät kuntouttavan työtteen edellyttävän asiakkaan etua ja omatoimisuutta palvelevien työtehtävien tunnistamista.

7.5. Työntekijöiden yhteistyö

Myös kuntouttava työote edellyttää työntekijöiltä yhteistyötä. Tekemäni jaottelun mukaan kuntouttavan työtteen nähdään koskevan kaikkia ikäihmisen hoitoon osallistuvia työntekijöitä, jotka yhteistyössään tuovat eri ammattiryhmien tiedot ja taidot asiakkaan käyttöön. Yhteistyö tuli esiin yhtenä kuntouttavan työtteen ulottuvuutena vain kotikuntoutuksen haastattelussa. Myös he näkevät kuntouttavan työtteen olevan osana koko 1) hoitotyöhön osallistuvien ketjua, mutta onnistuakseen sen nähdään edellyttävän moniammatillisen yhteistyön tavoin 2) ammattirajojen ylityksiä.

1) Hoitotyöhön osallistuvien ketju

(KUN/T): *"Ja sit tietysti se yhteistyö siinäkin tulee sen kuntouttavan työotteen alle, että sitä tehdään yhdessä. Se ei oo vaan mikään niin sanottujen kuntoutustyöntekijöiden osio vaan kaikkien"*

Kotikuntoutuksessa nähdään kuntouttavan työotteen olevan osana kaikkien työtä, vaikka se nimensä puolesta saatetaan herkästi mieltää vain kuntoutustyötä tekeviä koskevaksi. Kotikuntoutuksen haastattelussa heräsikin pohdintaa työotteen nimestä, jonka nähtiin ohjaavan herkästi ajatuksia arjen työstä erillään olevaksi kuntouttavaksi harjoitteiksi. Vaikka työote koskee kaikkia työntekijöitä, eivät sen toteuttamistavat ole yhteisiä jokaiselle ammattilaiselle. Kukin työntekijä toteuttaa kuntouttavaa työotetta oman ammatillisen näkemyksensä ja keinojensa avulla tähdäten kuitenkin yhteisiin kuntouttavan työotteen tavoitteisiin.

Koska kuntouttava työote nähdään kaikkien hoitoon osallistuvien työntekijöiden tehtävänä, edellyttää työote onnistuakseen myös hoidon ja yhteisen toimintatavan jatkumoa. Yhteistyössä toteutuvan työotteen tuloksellisuus vesittyy myös työotetta toteuttavien osalta, jos ketjussa on linkki, joka ei työotetta asenteidensa tai tiedonpuutteen vuoksi noudata. Kotikuntoutus näkeekin tehtäväkseen tästä jatkumosta huolehtimisen ja sen katkeamisen ehkäisyn muita hoitoon osallistuvia ohjaamalla ja tukemalla.

Kokonaisuudessaan kotikuntoutus linkittää yhteistyön ja kuntouttavan työotteen vahvasti toisiinsa. Niiden nähdään kehittyvän rinnakkain toisiaan vahvistaen. Kuntouttavan työotteen nähdään moniammatillisen yhteistyön tavoin edistyvän osapuolten yhteisiä arviointi- ja kotikäyntejä lisäämällä.

2) Ammattirajojen ylitykset

(KUN/L): *"Me pystytään aika paljon itse vaikuttamaan siihen käynnin sisältöön. Oli yksikin asiakas joka ei ollu kahteen viikkoon kotihoiton tietojen mukaan suostunut suihkuun, niin juuri sillä hetkellä kun minä astuin ovesta sisään niin hänellä oli fiilis, että hän haluaa suihkuun. Niin mä tulin sit siihen tulokseen, että meidän kotikuntoutusta on tänään et me mennään suihkuun"*

Kuten moniammatillisessa yhteistyössä, myös kuntouttavan työotteen nähtiin kotikuntoutuksessa edellyttävän ammattirajojen ylityksiä. Näiden ylitysten ja rajojen häivyttämisen nähtiin osaltaan tukevan kuntouttavan työotteen edellyttävää hoitotyöhön osallistuvien ketjua. Ammattirajojen

ylitykset ilmenevät konkreettisesti tilanteissa, joissa toteutetaan toisen osapuolen tai ammattiryhmän työtehtäviä asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaan. Tällaisen toiminnan nähtiin olevan kuitenkin huomattavasti helpompaa kotikuntoutuksessa, sillä käyntien sisältöjen muuttaminen asiakkaan tilanteeseen sopivaksi edellyttää pidempiä kotikäyntejä, joihin ei myöskään sisälly esimerkiksi asiakkaan terveyden kannalta välttämättömiä toimia, kuten lääkkeiden antamista.

Omien ammatillisten rajojen häivyttämisen nähtiin myös kuntouttavan työotteen osalta tarjoavan mahdollisuuden oppia muilta, miten omia työskentelytapoja voisi entisestään kehittää asiakkaan omatoimisuutta tukevaksi. Havainnoimalla muiden tapoja toimia asiakkaan kanssa, nähtiin opettavan myös itselle uusia keinoja, joita pystyy soveltamaan osana omaa ammattiaan.

Yhteenveto työntekijöiden yhteistyöstä

Kotikuntoutuksen määritelmässä työntekijöiden yhteistyö liitettiin ajatukseen hoitotyöhön osallistuvien ketjusta sekä ammattirajojen ylityksiin. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät vahvasti kuntouttavan työotteen koskevan kaikkia asiakkaan hoitoon osallistuvia työntekijöitä. Heidän määritelmässään kuntouttava työote on asiakkaan hoitoketjun perustana, jota jokainen työntekijä hyödyntää omien ammatillisten tietojen ja taitojen näkökulmasta. Kuntouttava työote on jatkumo, jonka onnistunut toteutuminen riippuu jokaisen hoitoketjuun osallistuvan toiminnasta. Kotikuntoutuksen työntekijät linkittivät kuntouttavan työotteen toteutumisen vahvasti moniammatilliseen yhteistyöhön. Yhteisten tapaamisten lisäksi, kotikuntoutuksen työntekijät näkivät kuntouttavan työotteen edellyttävän ammattirajojen ylityksiä moniammatillisen yhteistyön tavoin. Ammattirajojen ylityksien nähtiin tukevan kuntouttavan työotteen edellyttämää työntekijöiden jatkumoa. Rajojen ylityksien nähtiin opettavan myös uusia tapoja toimia ja soveltaa kuntouttavaa työtettä omassa työssään.

8. Yhteenveto ja johtopäätökset

Sekä kotihoidon että kotikuntoutuksen työntekijöille on muotoutunut koulutuksien ja kokemuksen myötä selkeä näkemys siitä, mitä moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote heidän työssään tarkoittavat. Näiden määritelmien avaaminen tekee kuitenkin näkyväksi osapuolten määritelmien eroavaisuudet. Vaikka työntekijöiden määritelmät ovat heille itselleen ja työyhteisölleen selkeitä, on osapuolten määritelmässä selviä laajuus ja painotus eroja, minkä

voidaan olettaa näkyvän myös käytännön työssä, etenkin osapuolten välisen toiminnan haasteissa. Tässä kappaleessa teen yhteenvetoa tutkimukseni keskeisistä tuloksista ja esitän niiden pohjalta johtopäätöksiä osapuolten toiminnan heikkouksista ja ehdotuksia haasteiden ratkaisemiseksi.

8.1. Moniammatillinen yhteistyö - Oman osuuden hoitamista vai yhdessä prosessointia

Kuten kappaleessa 3.1. osoitin, nähdään moninaistuvan sosiaali- ja hoitotyön kentällä onnistuneen hoitotyön edellytyksenä eri ammattiryhmien välinen moniammatillinen yhteistyö (mm. Isoherranen 2008, 9-25; Erikson-Pietilä 2008, 8). Myös tutkimukseni haastatteluissa molemmat osapuolet näkivät moniammatillisen yhteistyön olennaisena osana heidän työtään. Moniammatillinen yhteistyö on myös selkeästi kirjattuna kotikuntoutuksen toiminnan perusteisiin (kts. sivu 8). Vaikka osapuolet pystyivät selkeästi luettelemaan eri tahoja, joiden kanssa he moniammatillista yhteistyötä tekevät ja miten he sitä käytännössä toteuttavat, löytyi osapuolten määritelmistä yhtäläisyyksien lisäksi myös selkeitä eroavaisuuksia.

Tieto ja sen jakaminen on keskeisenä osana moniammatillisen yhteistyön määritelmiä (mm. D'amour ym. 2005; Isoherranen 2012, 22; Pärnä 2012, 50). Myös tutkimukseni haastateltavat pitivät tiedon jakamista ja tuottamista moniammatillisen yhteistyön "peruselementtinä". Koska yhteinen asiakas on syynä eri osapuolien yhteistyöhön ryhtymiseen, koskee tiedon jakaminen ensisijaisesti asiakasta koskevan tiedon jakamista. Yhteistyön keskiössä olevan kokonaisvaltaisen ja asiakaslähtöisen tiedon jakamisen (Isoherranen 2012; 22) haastateltavat määrittelivät koskemaan asiakkaan virallista ja hiljaista tietoa.

Tiedon jakaminen koskee yhtäläisesti myös yhteistyössä olevien työntekijöiden ammatillista osaamista koskevan tiedon jakamista (Pärnä 2012, 50). Ammatillista osaamista koskevan tiedon jakaminen edellyttää osaltaan myös tiedon vastaanottamista, jonka kotihoidon työntekijät näkivät roolikseen kotikuntoutuksen kanssa tehtävässä yhteistyössä. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät yhteistyön puolestaan vastavuoroisena ammatillista osaamista koskevan tiedon jakamisena ja vastaanottamisena. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät myös työn sisältöjä koskevan tiedon jakamisen osana moniammatillista yhteistyötä, minkä nähtiin lisäävän ymmärrystä toisen osapuolen työstä ja roolista asiakkaan hoitoketjussa.

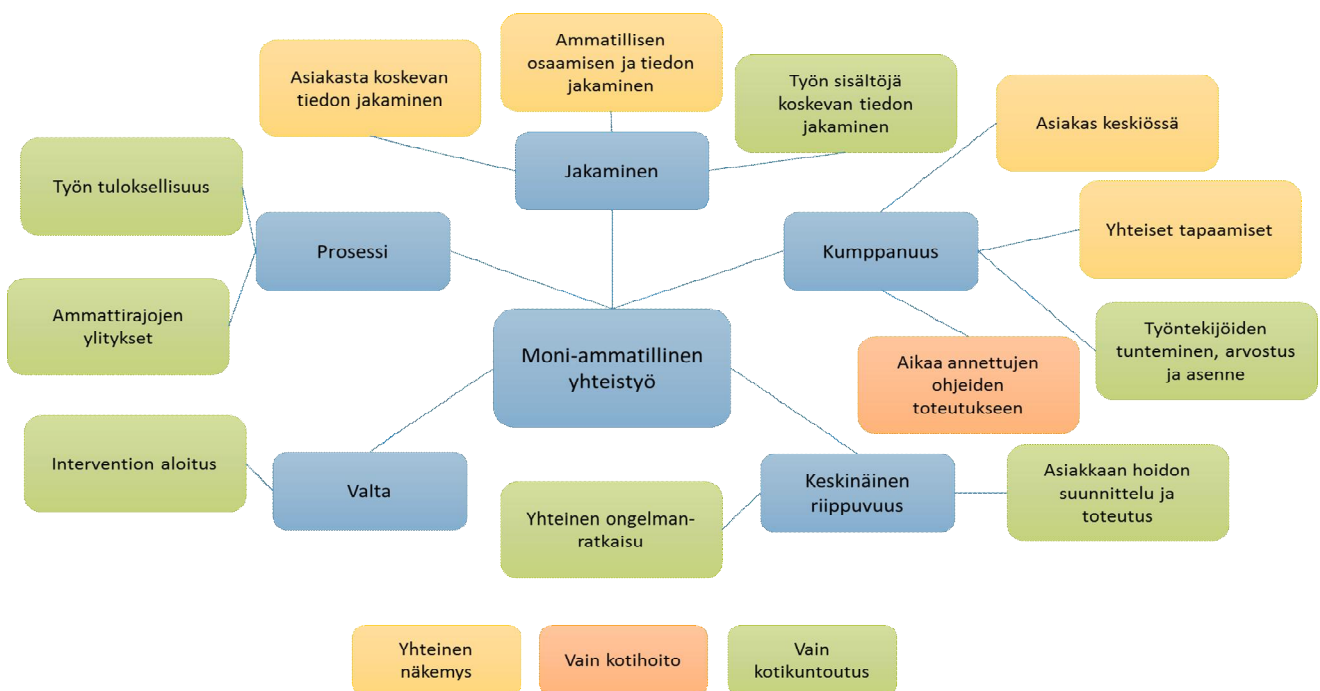
Moniammatillinen yhteistyö on myös kumppanuutta, jossa eri ammattiryhmien edustajat tuovat oman ammatillisen osaamisensa ja tietonsa osaksi asiakkaan etuun tähtäävää työskentelyä (D'Amour ym. 2005; Määttä 2007, 15–16; Isoherranen 2008, 34–35). Myös haastateltavat näkivät moniammatillisen yhteistyön asiakaslähtöisenä toimintana, jossa tiedot ja taidot tuodaan jokaisen käyttöön yhteisissä tapaamisissa. Kotikuntoutuksen työntekijät korostivat tärkeänä osana moniammatillista yhteistyötä myös halukkuutta tutustua ja tehdä itsensä tutuksi muille yhteistyöhön osallistuville työntekijöille. Tämän nähtiin helpottavan osapuolten välistä vuorovaikutusta ja lisäävän työntekijöiden välistä arvostusta. Asiakastapaamisten lisäksi osapuolten välistä yhteistyötä yleisellä tasolla tukevat palaverit nähtiin tärkeänä osana työtä. Kotihoidon työntekijät näkivät moniammatilliseen yhteistyöhön sisältyvät yhteiset asiakastapaamiset ensisijaisesti tiedon jakamisen ja käytännönjärjestelyistä sopimisen paikkoina. Kotihoidon työntekijöille moniammatillinen yhteistyö määrittyikin pääasiassa kotikäyntien ajan puitteissa tehtävien ja ulkopuolelta annettujen ohjeiden itsenäisenä toteuttamisena. Eli heille moniammatillisessa yhteistyössä jokaisella ammattilaisella on ennalta määritelty osuus asiakkaan etuun tähtäävässä tehtäväkokonaisuudessa.

Moniammatilliseen yhteistyöhön sisältyy usein myös ajatus keskinäisestä riippuvuudesta (D'Amour ym. 2005) tai yhteistyöstä systeemisenä kokonaisuutena (Isoherranen 2008, 26–43). Näiden mukaan yhdessä toimivien tahojen vaikutus on suurempi kuin yksittäin toisistaan erillään työskentelevien ammattilaisten. Myös kotikuntoutuksen työntekijät jakoivat tämän näkemyksen. Systeemisenä kokonaisuutena ja toisista riippuvaisena työskenteleminen on ennen kaikkea jaetun tiedon jalostamista, jonka pohjalta pyritään asiakkaan edun mukaiseen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja mahdollisten ongelmien ratkaisuun. Useamman työntekijän tietojen yhdistämisen ja niiden jalostamisen nähtiin johtavan asiakkaan edun kannalta parempaan lopputulokseen.

D'Amour ym. (2005) näkivät moniammatillisen yhteistyön yhtenä ulottuvuutena vallan, joka aidossa yhteistyössä jakautuu yhteistyöhön osallistuvien kesken perustuen työntekijöiden tietoon ja kokemukseen, ei virkanimikkeisiin. Valta syntyy työntekijöiden välisissä suhteissa ja on myös erottamaton osa niitä suhteita, joissa sitä käytetään (Pärnä 2012, 61). Vallan erottamaton kiinnittyminen työntekijöiden välisiin suhteisiin ilmenikin tutkimukseni haastatteluissa valtapuheen vähyytenä. Vallasta puhuttiin ainoastaan kotikuntoutuksen haastattelussa, jossa työntekijöiden ammattitaitoon pohjautuvaa valtaa käytetään hoitajaksojen aloittamisesta päätettäessä.

Moniammatillinen yhteistyö voidaan nähdä myös vaiheittain etenevänä prosessina, joka edellyttää mahdollisuuksia ammatillisten rajojen ylittämiseen (D'Amour 2005; Isoherranen 2012, 22). Kotikuntoutuksen työntekijät pitivätkin omien ammatillisten rajojen häivyttämistä keskeisenä osana moniammatillista yhteistyötä. Rajojen häivyttämisen nähtiin palvelevan ennen kaikkea asiakkaan etua, sillä liian tarkat rajat heikentävät mahdollisuuksia vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät yhteistyön myös prosessina, joka kehittyy työn tuloksellisuuden osoittamisen myötä.

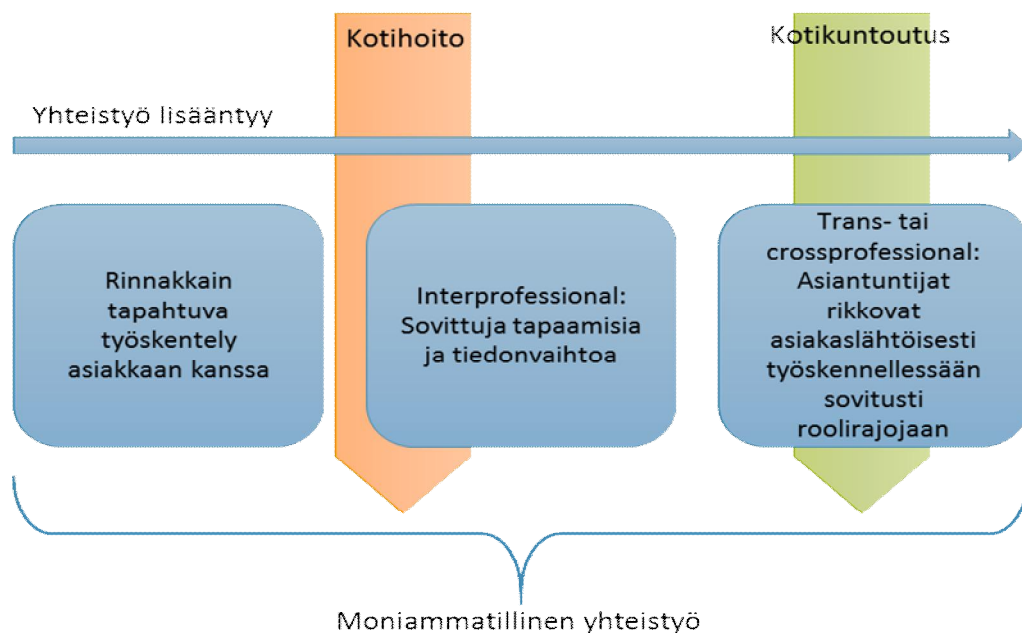
Seuraava kuva tiivistää tutkimuskohteideni erilaiset määritelmät moniammatillisesta yhteistyöstä D'Amourin ym. (2005) tekemään jaotteluun pohjautuen. Kuvassa 5 olen erotellut eri väreillä määritelmät ja yhteistyön edellytykset, jotka ovat kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden tai molempien osapuolten yhteisiä. Keltainen väri tarkoittaa kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden yhteisiä määritelmiä, punainen vain kotihoidon ja vihreä vain kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmiä.



Kuva 5: Kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät moniammatillisesta yhteistyöstä ja sen edellytyksistä. D'Amourin ym. (2005) jaotteluun pohjautuen.

Kuten kuvasta 5 näkyy, ovat tutkimuskohteinani olleiden kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät moniammatillisesta yhteistyöstä monin osin yhteneväisiä, mutta samalla kotikuntoutuksen osalta huomattavasti laaja-alaisempia. Merkittävää onkin se, että vaikka molemmat osapuolet kertoivat tekevänsä moniammatillista yhteistyötä, määrittelevät työntekijät sen selkeästi eri tavoin. Kaarina Isoherranen toteaaakin teoksessa Enemmän yhdessä –

moniammatillinen yhteistyö (2008) suomenkielisen moniammatillinen yhteistyö -käsitteen pitävän sisällään hyvin erilaisia yhteistyömuotoja, mikä johtaa käsitteen käyttöön varsin monimerkityksisesti (emt 39). Samassa hän esittää tutkimukseni sivulta 15 löytyvän kaavion, joka kuvastaa suomenkielisen käsitteen laajuutta suhteessa englanninkielisiin moniammatillisen yhteistyön eri tasojä kuvaaviin käsitteisiin. Tähän kaavioon heijastaen tutkimukseni osoitti kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmien sijoittuvan yhteistyön laajuutta kuvaavalla janalla eri kohtiin. Kaaviossa yhteistyön laajuus kasvaa oikealle siirryttäessä, aikaisempien määritelmien sisältyessä osaksi seuraavaa yhteistyön "tasoa".



Kuva 6: Kotihoidon ja kotikuntoutuksen sijoittuminen moniammatillinen yhteistyö -käsitteen kentälle (Isoherranen 2008. 39 pohiautuen).

Tutkimukseni perusteella kotihoidon työntekijöiden määritelmät rinnastuvat englanninkieliseen interprofessional käsitteeseen, jolla viitataan yhteistyöhön, jossa korostuu ennalta sovitut tapaamiset sekä tiedon jakaminen ja sen yhteinen käsittely. Kotihoidon työntekijöiden määrittelyissä korostui vahvasti näkemys, jossa yhteistyö on ennalta sovittujen, asiakkaan luona ja rinnalla toteutettavien ennalta määriteltyjen tehtävien tekoa. He myös näkivät roolinsa lähinnä tiedon antajana ja saajana, ei sen prosessoijana. Tästä syystä kotihoito sijoittuu kuvassa 6 kahden ensimmäisen yhteistyötason väliin.

Vastaavasti kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmiin sisältyivät edeltävät tasot, mutta niiden lisäksi työntekijät määrittelivät moniammatillista yhteistyötä kotihoitoon verrattuna huomattavasti laaja-alaisemmin. Heidän määritelmänsä moniammatillisesta yhteistyöstä rinnastuu

englanninkielisiin käsitteisiin trans- tai crossprofessional, joilla viitataan ammatillisten rooli- ja tehtävärajojen ylityksiin tähtäävään yhteistyöhön. Kuvassa 6 kotikuntoutuksen sijoittuminen viimeiseen yhteistyötasoon jättää kuitenkin tilaa yhteistyön kehittämiseen ja määritelmien laajentamiseen.

Moniammatillinen yhteistyö -käsitteen avaaminen tekeekin näkyväksi käsitteen moninaisuuden. Tutkimukseni osoitti Katariina Pärnän (2012) väitöskirjan tavoin moniammatillisen yhteistyön -käsitteen mielletävän arkikäytössä usein yksinkertaisena ja annettuna faktana. Määrittelyihin pureutuminen osoitti tämän herkästi yksiselitteiseksi mielletyn käsitteen tarkoittavan tutkimuskohteilleni hyvin erilaajuisia asioita. Tällöin myös moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä pidetty yhteinen käsitteenmäärittely hankaloittaa tasavertaisen yhteistyön toteuttamista myös käytännössä. Tutkimukseni perusteella osapuolten keskeiset määritelmät moniammatillisesta yhteistyöstä voidaan kiteyttää seuraavasti:

Kotihoidon työntekijöille moniammatillinen yhteistyö on asiakaslähtöistä toimintaa, asiakasta koskevan tiedon jakamista, yhteisiä tapaamisia sekä yhteistyökumppaneiden ammatillisen osaamisen vastaanottamista (konsultointia). Näiden lisäksi moniammatillinen yhteistyö nähtiin vahvasti oman perustyön lisäksi ulkopuolelta annettujen tehtävien toteuttamisena.

Kotikuntoutuksen työntekijöille moniammatillinen yhteistyö määrittyy laajemmin. Heille se on edeltävien määritelmien lisäksi, ulkopuolelta tulevia tehtäviä lukuun ottamatta, asiakasta ja ammatillista osaamista koskevan tiedon molemminpuolista jakamista ja prosessointia, omien ammatillisten rajojen häivyttämistä sekä toisen osapuolen ja heidän tietojensa ja taitojensa tuntemista, sen hyödyntämistä ja siitä oppimista.

Tällaisten määritelmien pohjalta voidaankin osapuolten työskentelyn olettaa moniammatillisen yhteistyön suhteen olevan varsin erilaista. Toki on tarpeen ottaa huomioon osapuolten erilaisen työnkuvan ja työnsisältöjen vaikutus yhteistyön toteuttamiseen käytännössä. Mutta koska moniammatillisuutta kuitenkin edellytetään yhtäläisesti molemmilta osapuolilta, on tarpeellista tehdä määritelmät näkyviksi ja löytää keinoja yhteistyön vahvistamiseen.

Määrittelyjen eroavaisuudet tulivat tutkimuksessani selkeästi esiin työntekijöiden näkemyksissä moniammatillista yhteistyötä edistävissä ja estävissä tekijöissä. Väitöskirjassaan Raija Tenkanen

(2003) esittää ikäihmisten hoitoon osallistuvien yhteistyön ongelmiksi tiedonkulun puutteet, työnjaon eriytymisen, arvostuksen puutteen ja kiireen (emt. 39–41). Myös Sini Eloranta (2009; 2010) ja Kaarina Isoherranen (2012) näkevät hoitotyönkentällä samansuuntaisia haasteita. Heidän tutkimuksissaan haasteet liittyvät muun muassa tiedon saannin vaikeuksiin, ristiriitaisiin näkemyksiin ammattiryhmien välillä, työntekijöiden asenteeseen, roolien joustavuuteen sekä yhteisen tiedon luomiseen (Eloranta ym. 2009, 138–142; Isoherranen 2012, 150–152). Myös kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät näkivät moniammatillisen yhteistyön haasteet ja edistävät tekijät samansuuntaisesti.

Kuvassa 5 esitetyt moniammatillisen yhteistyön määritelmät sisältävät myös sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Osa näistä tekijöistä on selkeästi moniammatillisen yhteistyön määritelmistä erillään, mutta osa kytkeytyi työntekijöiden haastatteluissa vahvasti osaksi käsitteen määrittelyä, kuten tiedon jakoon liittyvät ongelmat. Lisäksi monet yhteistyön onnistumiseen vaikuttavat tekijät tuotiin haastatteluissa esiin sekä positiivisen että negatiivisen kautta; moniammatillista yhteistyötä edistää toisen työn sisältöjen ymmärtäminen tai epätietoisuus toisen osapuolen työtehtävistä heikentää moniammatillista yhteistyötä. Koska edistävästä ja estävästä tekijöistä puhuttiin haastatteluissa toistensa kääntöpuolina, tuon seuraavaksi haastateltavien näkemykset esiin edistävien tekijöiden kautta. Tutkimukseni mukaan onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellyttää:

- Yhtenäisiä tiedonjakamistapoja ja -väyliä osapuolten välillä ja työryhmien sisällä
- Yhteistä ymmärrystä kunkin osapuolen merkityksestä ja tehtävästä asiakkaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa
- Ymmärrystä osapuolten työn sisällöistä
- Yhteisiä asiakastapaamisia sekä yhteistyötä yleisellä tasolla edistäviä palavereita ja kokouksia
- Yhteistyössä olevien työntekijöiden tuntemista
- Oikeanlaista asennetta
- Aikaa
- Asiakslähtöisyyttä
- Osapuolten tietojen ja taitojen yhdistämistä ja prosessoimista asiakkaan edun mukaisesti
- Ammattirajojen ylityksiä
- Työn tuloksellisuuden osoittamista

Seuraavaksi teen yhteenvetoa tutkimukseni toisesta osa-alueesta, eli osapuolten kuntouttavan työotteen määrittelyistä. Tämän jälkeen esitän tutkimustuloksiini pohjautuvia kehittämissuhteita, joilla kotihoidon ja kotikuntoutuksen välistä työskentelyä voitaisiin moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteen osalta edistää.

8.2. *Kuntouttava työote - Toimintakyvyn ja toimintatapojen rajoilla*

Kuten kappaleessa 3.2. osoitin, sijoittuu asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen tähtäävä kuntouttava työote työskentelytapana hoitamisen ja kuntoutuksen välimaastoon. Se on kaikkia asiakkaan hoitoon osallistuvia työntekijöitä yhdistävä toimintaperiaate, jolla tähdätään asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43.) Moniammatillisen yhteistyön tavoin tutkimukseni haastateltavat näkivät asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen tähtäävän kuntouttavan työotteen olevan keskeinen osa molempien osapuolten työtä. Vaikka työntekijät ovat saaneet ammatillisen koulutuksen ja lisäkoulutuksien kautta tietoja ja taitoja kuntouttavan työotteen harjoittamiseen, löytyi osapuolten määritelmistä moniammatillisen yhteistyön tavoin yhtäläisyyksien lisäksi selkeitä eroja.

Kuntouttava työote kietoutuu vahvasti asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen, tukemiseen ja kompensoimiseen asiakkaan yksilölliset voimavarat huomioiden (Heimonen 2004, 55; Granö ym. 2006, 40–41). Myös kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmässä korostui asiakaslähtöinen toimintakykyä tukeva toiminta, jossa otetaan huomioon kunkin asiakkaan yksilölliset kyvyt sekä toimintaympäristön toimintakyvylle asettamat rajoitteet ja mahdollisuudet. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät keskeisenä myös menetetyn toimintakyvyn kompensoimisen, jonka toteuttamisen todettiin edellyttävän aikaa perehtyä syvällisesti asiakkaan yksilöllisiin kykyihin ja keksiä keinoja niiden kompensoimiseksi.

Kuntouttava työote pitää sisällään myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamisen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23; Lundgren 1998, 13). Kotihoidon ja kotikuntoutuksen haastatteluissa selkeää itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä käsittelevää keskustelua ei käyty juuri ollenkaan. Ainoastaan yksi kotikuntoutuksen työntekijä toi puheenvuorossaan esiin asiakkaan päätösvallan, jonka hän näki lisäävän asiakkaan omatoimisuutta ja osallisuuden kokemuksia. Itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä sivuttiin kuitenkin keskusteltaessa muun muassa asiakkaan hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen osallistumisesta.

Kuntouttava työote on yhdessä toimimista, ei puolesta tekemistä (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43–45; Granö ym. 2006, 40–41). Tämän kuntouttavan työotteen ydinsanomana olivat myös haastateltavani selkeästi omaksuneet. Tämän kiteytyksen pohjalta muodostui molempien osapuolten keskeinen näkemys asiakkaan omatoimisuuden ja avustamisen rajalla tasapainoilusta. Vaikka kuntouttava työote on asiakkaan omatoimisuuden tukemista, näkivät haastateltavat sen yhtäläisesti olevan myös kykyä nähdä, milloin ja missä asioissa asiakkaan toiminta edellyttää kannustamisen ja ohjaamisen sijaan auttamista tai jopa puolesta tekemistä. Omatoimisuuden ja avustamisen rajan nähtiin edellyttävän asiakkaan tuntemista yksilöllisten kykyjen tunnistamiseksi sekä aikaa odottaa ikäihmisen itsenäistä toimimista. Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät myös pakottamisen olevan ajoittain osana kuntouttavan työotteen toteuttamista. Kotihoidon työntekijät näkivät työotteen olevan myös asiakkaan hillitsemistä.

Kuntouttava työote edellyttää työntekijöiltä myös omien työskentelytapojen ja asenteiden tarkastelua (Holma ym. 2002,45). Tämän osalta työntekijät pohtivat, millaiset työskentelytavat eivät tue kuntouttavan työotteen ideaa ja miksi tällaisia työskentelytapoja käytetään. Työntekijät näkivät kuntouttavan työotteen olevan asiakkaan edunmukaista toimintaa, jonka haasteena on asiakkaan välittömän mielihyvän ja pitkántähtäimen edun rajoilla tasapainoilun. Vaikka molemmat osapuolet näkivät puolesta tekemisen välttämisen ja asiakkaan pitkän tähtäimen etuun pyrkimisen olevan ensisijainen tapa työskennellä, kertoivat kotihoidon työntekijät asiakkaista, joiden kohdalla asiakkaan etuna pidettiin välittömän mielihyvän tuottamista. Asiakkaan pitkän tähtäimen etuun pyrkimisen ja kuntouttavan työotteen mukaisesti toimimisen esteinä pidettiin aikaa sekä työntekijöiden asenteita ja motivaatiota. Kotikuntoutuksen työntekijät arvelivat myös joidenkin kotihoidon työntekijöiden työtä koskevien näkemysten vaikuttavan kuntouttavan työotteen toteuttamiseen.

Koska kuntouttava työote koskee kaikkia asiakkaan hoitoon osallistuvia, edellyttää se toteutuakseen työntekijöiden välistä yhteistyötä (Helin 2002, 61; Holma ym. 2002, 43–45). Kotikuntoutuksen työntekijät näkivät kuntouttavan työotteen toteutumisen hoitotyöhön osallistuvien työntekijöiden ketjuna, jossa jokainen lenkki toteuttaa kuntouttavan työotteen periaatteita oman ammatillisen osaamisensa näkökulmasta. Kuntouttavan työotteen onnistunut toteutuminen edellyttää työskentelytapojen jatkumoa, mikä onnistuu työntekijöiden välisellä yhteistyöllä. Kotikuntoutuksen työntekijät linkittivät yhteistyön ja kuntouttavan työotteen vahvasti toisiinsa ja niiden nähtiin kehittyvän rinnakkain toisiaan vahvistaen. Moniammatillisen yhteistyön

tavoin, kotikuntoutuksen työntekijät näkivät kuntouttavan työotteen jatkumon edellyttävän ammattirajojen ylityksiä. Ammattirajojen ylityksien nähtiin mahdollistuvan paremmin kotikuntoutuksen työssä pidempien kotikäyntien vuoksi.

Seuraava kuva tiivistää tutkimuskohteideni erilaiset määritelmät kuntouttavasta työotteesta kirjallisuuden pohjalta tekemääni jaotteluun pohjautuen. Kuvassa 7 olen erotellut eri väreillä määritelmät ja yhteistyön edellytykset, jotka ovat kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden tai molempien osapuolten yhteisiä. Keltainen väri tarkoittaa kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden yhteisiä määritelmiä, punainen vain kotihoidon ja vihreä vain kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmiä.



Kuva 7: Kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät kuntouttavasta työotteesta ja sen edellytyksistä kirjallisuuden pohjalta tekemääni jaotteluun pohjautuen.

Tutkimukseni haastateltavat määrittivät kuntouttavaa työotetta pääpiirteittäin hyvin samansuuntaisesti kuin tekemääni käsitteen jaotteluun käytetyssä kirjallisuudessa. Haastateltavien käsitteenmäärittelyt linkittyivät helposti tekemääni jaotteluun, mutta kirjallisuuteen verrattuna haastateltavien määritelmät olivat selkeästi laajempia, etenkin kotikuntoutuksen työntekijöiden osalta. Tutkimukseni perusteella osapuolten keskeiset määritelmät kuntouttavasta työotteesta voidaan kiteyttää seuraavasti:

Kotihoidon työntekijöille kuntouttava työote on asiakaslähtöistä, toimintakykyä tukevaa ja omatoimisuutta edistävää toimintaa, jossa huomioidaan kukin asiakkaan yksilölliset kyvyt,

mahdollisuudet ja rajoitteet. Näiden puitteissa työntekijä pyrkii löytämään juuri ne toimintatavat joilla hän tähtää asiakkaan edunmukaiseen lopputulokseen. Kotihoidon työntekijöille asiakkaan edunmukainen työskentely voi tähdätä välittömän mielihyvän tuottamiseen tai pitkän tähtäimen etuun.

Kotikuntoutuksen työntekijöille kuntouttava työote on edellisten lisäksi, välitöntä mielihyvää lukuun ottamatta, asiakkaan menetetyntoimintakyvyn kompensoimista, omien ammattirajojen häivyttämistä sekä tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa, jossa kaikkien hoitotyöhön osallistuvien työskentely muodostaa jatkumon, jossa yhteistyössä tähdätään asiakkaan pitkän tähtäimen etuun.

Käsitteenmäärittelyjen lisäksi selvitin tutkimuksessani työntekijöiden näkemyksiä kuntouttavaa työtettä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kuten kappaleessa 3.2. totesin, ei näitä tekijöitä ole käsitelty tai eritelty jaotteluun käyttämässäni kirjallisuudessa. Ainoastaan Rabieen ja Glendinning (2011) tekemässä brittiläistä re-ablement services -toimintaa käsittelevässä tutkimuksessa avattiin kuntouttavan työtteen kaltaista toimintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä. Toimintaa edistäviä tekijöitä olivat muun muassa asiakkaan luonne ja odotukset sekä työntekijöiden sitoutuminen, asenteet ja taidot toteuttaa asiakkaan toimintakykyä edistävää toimintaa. Onnistumisen nähtiin edellyttävän myös selkeää ja yhteisesti jaettaa visiota toiminnasta sekä järjestelmällistä ja johdonmukaista tiedon tallentamista ja jakamista. (Emt., 495–498.) Tutkimukseni haastateltavat toivat vastaavanlaisia tekijöitä esiin kuntouttavan työtteen, mutta myös moniammatillisen yhteistyön osalta (kts. sivu 61). Tutkimukseni osoittikin kuntouttavaa työtettä edistävien tekijöiden olevan monilta osin samansuuntaisia moniammatillisen yhteistyön vastaavien kanssa. Tutkimukseni perusteella kuntouttava työote edellyttää:

- Asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä
- Hoksavuutta löytää uusia keinoja tukea asiakkaan toimintakykyä
- Asiakkaan kuulemista päätöksenteossa ja tavoitteiden asettamisessa
- Herkkyyttä tunnistaa ja kyseenalaistaa asiakkaan todellinen toimintakyky
- Kykyä sovittaa toimintatavat asiakkaan luonteeseen sopiviksi
- Aikaa
- Asiakkaan tuntemista
- Oikeanlaista asennetta ja motivaatiota
- Asiakkaan etua palvelevien työtehtävien tunnistamista

- Ammattirajojen ylityksiä
- Hoitoketjuun osallistuvien välistä yhteistyötä ja kuntouttavan työtteen jatkumon luomista

9. Pohdinta ja kehittämis ehdotukset

Tutkimuksellani olen ottanut osaa ikäihmisten hoitotyön kentällä käytävään keskusteluun lähestymällä tutkimuskenttää käsitteenmäärittelyjen näkökulmasta. Tutkimukseni ennakkoletuksena ja lähtökohtana on ollut ajatus käsitteenmäärittelyjen vaikutuksista toimintaan eli se, miten tutkimuskohteenani olevat työntekijät määrittelevät moniammatillista yhteistyötä ja kuntouttavaa työtettä vaikuttaa siihen, miten he näitä työskentelytapoja käytännössä toteuttavat. Tutkimukseni ei osoita, miten nämä työskentelytavat käytännön työssä näkyvät tai toteutuvat, mutta edellä esittämäni tutkimustulokset osoittavat, millaiselta käsitteenmäärittelyjen pohjalta osapuolet lähtevät työskentelytapoja työssään toteuttamaan.

Työntekijöiden käsitteenmäärittelyt muodostuivat molempien työskentelytapojen osalta samansuuntaisesti; osapuolten määrittelyistä löytyi peruselementtien osalta paljon yhtäläisyyksiä, mutta kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmät avasivat käsitteitä huomattavasti laajalaisemmin. Moniammatillisen yhteistyön osalta osapuolten keskeiset määrittelyerot liittyivät rinnakkaisprosessoinnin asteeseen. Rinnakkaisprosessoinnilla tarkoitan työntekijöiden aitoa rinnakkaista työskentelyä, jossa yhdessä tekemisen lisäksi toimintaa myös prosessoidaan yhdessä. Ei siis vain riitä, että kumpikin osapuoli tekee yhteisestä työstä oman ennalta määritellyn osuutensa ennalta sovitulla tavalla, vaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää aktiivista työskentelyn suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin yhteistä prosessointia. Prosessointi koskee myös tiedon jakoa ja sen käsittelyä.

Rinnakkaisprosessointi näyttää tutkimukseni mukaan kuitenkin edellyttävän osapuolten toiminnan tuntemista sekä halukkuutta ymmärtää ja nähdä yhteinen työskentelykenttä toisen osapuolen näkökulmasta. Toisen osapuolen tunteminen ja toiminnan ymmärtäminen näyttäytyikin tutkimuksessani keskeisenä moniammatillisen yhteistyön haasteena. Kotihoidon työntekijöille, joille moniammatillinen yhteistyö määrittyi kärjistetyksi oman osuuden hoitamisena ja yhtenä työtehtävänä muiden joukossa, kielii alhainen prosessoinnin aste osapuolten roolien, merkityksien ja työnjaon epäselvyyksistä yhteisten asiakkaiden hoidossa.

On myös tarpeen pohtia, mitä valtapuheen vähyys kertoo sen merkityksestä osapuolten välisessä työskentelyssä. Koska vallalla on kuitenkin osuutensa moniammatillisessa yhteistyössä, herääkin tutkimukseni pohjalta kysymys, mitä se tutkimuskohteiden välisessä työssä on ja miksi se ei noussut haastatteluissa vahvemmin esiin. Sisältyykö valta kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksissä osapuolten riippuvuuteen, yhteiseen asiakkaan hoidon suunnitteluun ja tiedon prosessointiin, jolloin se ei työntekijöille näy erillisenä osana moniammatillista yhteistyötä? Vai selittykö vallan näkymättömyys kotihoidon haastatteluissa kokemuksena sen puuttumisesta; heillehän moniammatillinen yhteistyö määrittyi ulkopuolelta annettujen tehtävien toteuttamisena. Myös kotikuntoutuksen interventioiden aloitukseen liittyvä päätäntävalta ei ollut kotihoidon työntekijöiden käsissä.

Kuntouttavan työotteen osalta osapuolten keskeiset määrittelyerot liittyivät asiakkaan toimintakykypotentiaalin tunnistamiseen. Toimintakykypotentiaalilla tarkoitan molempien osapuolten kuntouttavan työotteen keskiössä pitämää omatoimisuuden ja avustamisen rajaa ja sen tunnistamista. Kotikuntoutuksen työntekijöiden laaja-alaisempi kuntouttavan työotteen määrittely kertookin laajemmista mahdollisuuksista asiakkaan toimintakykypotentiaalin tunnistamiseen ja sen mukaisesti toimimiseen. Kuntouttavan työotteen keskeisenä haasteena on siis se, että kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöillä on usein eri näkemykset siitä, milloin asiakkaan toimintakyky on tullut "päätepisteeseensä" ja milloin toimintakykyyn voitaisiin vielä vaikuttaa kuntoutuksella tai uusilla toimintatapoilla keksimällä.

Haastateltavat kuitenkin näkivät kotihoidon tarkoin aikataulutettujen kotikäyntien tarjoavan heikommin mahdollisuuksia asiakkaan toimintakykypotentiaalin syvälliseen tarkasteluun. Mutta koska kotikuntoutuksen toiminnan ydin on tarjota palveluja nimenomaan runsaasti kuntoutumisen voimavaroja omaaville ikäihmisille ja, koska kotikuntoutuksen asiakkaat pääsääntöisesti tulevat kotihoidon kautta, tulee kotihoidon työntekijöillä olla kykyä ja mahdollisuuksia tunnistaa asiakkaan toimintakykypotentiaali, jotta he voivat ohjata asiakkaita kotikuntoutuksen palvelujen piiriin. Tästä syystä kotihoidon työntekijöiden mahdollisuudet toimintakykypotentiaalin tunnistamiseen ja kuntouttavan työotteen mukaisen työskentelyn vahvistamiseen edellyttävät moniammatillisen yhteistyön tavoin kotihoidon ja kotikuntoutuksen roolien, merkityksen ja työnjaon selkeyttämistä yhteisten asiakkaiden hoidossa.

Näiden tutkimustulosten ja havaintojen pohjalta kehittämisehdotukseni kotihoidon ja kotikuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön ja kuntouttavan työotteeseen mukaisen työskentelyn edistämiseksi ovat:

1. Yhteisen vision ja yhteiselle työskentelylle asetettujen tavoitteiden määrittäminen.
 - Miksi yhteistyötä tehdään ja mihin sillä pyritään?
2. Osapuolten välisen työnjaon selkeyttäminen
 - Mitkä ovat kummankin osapuolen tehtävät yhteisissä asiakasprosesseissa?
3. Kunkin osapuolen merkityksen määrittäminen ja näkyväksi tekeminen yhteisten asiakkaiden hoitoprosessissa.
 - Mikä merkitys kotihoidon työskentelyllä on kotikuntoutusjaksojen onnistumiseen?
 - Mikä merkitys onnistuneilla kotikuntoutusjaksoilla on kotihoidon työhön?
4. Yhteisten asiakaskäyntien, tapaamisten ja palavereiden lisääminen
 - Mikä on kotihoidon työntekijöiden rooli ja merkitys yhteisillä asiakaskäynneillä?
 - Miten toimintaa voitaisiin vahvistaa yhteisissä palavereissa?
5. Kotikuntoutuksen asiakasprofiilin määrittäminen ja kotihoidon ohjeistaminen sen mukaiseen asiakasohjaukseen.
 - Kuka on potentiaalinen kotikuntoutuksen asiakas, kuka ei ja miksi?
6. Lisätä kotihoidon työntekijöiden kykyä ja mahdollisuuksia tunnistaa asiakkaiden toimintakykypotentiaalia.
 - Miten kotihoidon asiakkaan toimintakykypotentiaali voidaan tunnistaa arjen työssä tehokkaammin?
 - Milloin asiakkaan toimintakyky on tullut todelliseen "päätepisteeseen"?
7. Tiedonjakamistapojen ja -kanavien yhtenäistäminen.
 - Millaista tietoa asiakkaasta tarvitaan ja missä tietoa jaetaan?

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut Tampereen kaupungin kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määritelmiä moniammatillisesta yhteistyöstä ja kuntouttavasta työotteesta. Tutkielma osoitti osapuolten määritelmissä olevan yhtäläisyyksien lisäksi selkeitä eroavaisuuksia. Näiden edellä esittämiäni kehittämisehdotuksien avulla toivon osapuolten pääsevän lähemmäksi yhteisten työskentelytapojen entistä sujuvampaa ja vaikuttavampaa toteuttamista.

Lähteet

- Alasuutari, Pertti (2001) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli (2009) Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anneli, Anttonen, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 54–98.
- Carmeli, Eli, Sheklow, Sandford & Coleman, Raymond (2006) A comparative study of organized class-based exercise programs versus individual home-based exercise programs for elderly patients following hip surgery. *Disability and Rehabilitation*: 28, 997 – 1005.
- Crotty, Maria, Whitehead, Craig, Gray, Steven & Finucane, Paul (2002) Early discharge and home rehabilitation after hip fracture achieves functional improvements: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*: 16, 406–413.
- D'Amour, Danielle, Ferrada-Videla, Marcela, San Martin Rodriguez, Leticia & Beaulieu, Marie-Dominique (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*: 19, 116–131.
- Edgren, Johanna (2013) Physical Disability in Community-dwelling Older People after Hip Fracture. Randomized Controlled Trials with Physical Rehabilitation. Jyväskylä: University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 201.
- Einset, Elise & Krook, Pinja (2013) Kotikuntoutus – Kuntoutusta kotiympäristössä Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Toimintaterapian koulutusohjelma. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Eloranta, Sini (2009) Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turku: Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis* 869.
- Eloranta, Sini, Arve, Seija & Routsalo, Pirkko (2009) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 2009: 3, 136–145.
- Eloranta, Sini, Welch, Anthony, Arve, Seija & Routsalo, Pirkko (2010) A collaborative approach to home care delivery for older clients: Perspectives of home care providers. *Journal of Interprofessional Care*: 24(2), 198–200.
- Erikson-Pietilä, Susan (2003) Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammtillisuus. Tampere: Tampereen yliopisto paino Oy. *Acta Universitatis Tamperensis* 929.

- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2001) Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus. 24–42.
- Granö, Sirpa, Heimonen, Sirkkaliisa & Koskisuu, Jari (2006) Kuntoutuksen sanakirja. Muistihäiriö- ja dementiatyöhön. Alzheimer –keskusliitto.
- Haapala, Marina (2014) Kotikuntoutus tuo kuntoutuksen vanhuksen kotiin. Tampereen kaupunki. <http://www.tampere.fi/tampereinfo/viestinta/tiedotteet/2014/6NrsmuiE0.html> (Viitattu 17.1.2014)
- Hakala, Paula (2014) Projektisuunnitelma. Tuotantorakenteiden uudistaminen – TUUDI 2014 – 2016. Tampere: Tampereen kaupunki.
- Harri-Lehtonen, Olli, Numminen, Heli & Vesala, Hannu (2006) Toimintakykyä ylläpitävä työote. Vernerinet.net. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <http://verneri.net/yleis/toimintakykya-yllapitava-tyoote> (Viitattu 10.12.2014)
- Heimonen, Sirkkaliisa (2004) Eteenpäin elävän mieli – neuvonta kuntoutuksen keskeisenä keinona. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa & Tervonen, Sari (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita. 54–62.
- Heimonen, Sirkkaliisa (2008) Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, Saira & Topo, Päivi (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 81–83.
- Heinola, Reija (2007) Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70, 9–12.
- Helin, Satu (2002) Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 35–67.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2011) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holma, Tupu, Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (2002) Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, Päivi, Vaarama, Marja, Backman, Kaisa, Paasivaara, Leena, Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 43–48.
- Holopainen, Tuija-Päivi (2009) Kotikuntoutus – Mikä hyväksi käytännöksi Espoossa. Opinnäytetyö. Fysioterapian koulutusohjelma. Otaniemi: Laurean ammattikorkeakoulu.
- Housley, William (2003) Interaction in Multidisciplinary Teams. Cardiff: Ashgate Publishing.

- Hupli, Markku (2014) Kuntoutuksen järjestäminen Eksotessa. Kotikuntoutus / Parkikkala. Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- <http://kokoushallinta.parkikkala.fi/DynParik/kokous/2014204-3-1.PDF>
- Isoherranen, Kaarina (2008) Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen, Raija (toim.) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18.
- Jormanainen, Tuija (2011) Dementoituvan vanhuksen kuntouttava hoitotyö. Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen Hoitokoti Aukustissa. Opinnäytetyö. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja johtamisen koulutusohjelma. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Katajainen, Ulla (2013) Kokemuksia ja tuloksia sotaveteraanien kotikuntoutuksesta Heinolassa. Opinnäytetyö. Vanhustyön koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.
- Kettunen, Reetta, Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo (2009) Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskinen, Simo, Pitkälä, Kaisu & Saarenheimo, Marja (2008) Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim. 547–565.
- Kotihoito ja asumispalvelut (2015) Kotihoito ja asumispalvelut. Vuosisuunnitelma 2015. Tampere: Tampereen kaupunki.
- Kuisma, Raija (2002) A randomized, controlled comparison of home versus institutional rehabilitation of patients with hip fracture. *Clinical Rehabilitation*: 16, 553–561.
- L28.12.2012/980 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Valtion säädöstietopankki Finlex.
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> (Viitattu 9.11.2014)
- Laatukäsikirja (2012) CAF kotihoito. Avopalvelut. Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelut.
- Lampi, Armi (2014) Ikäihmisten palvelujen uudistaminen. Tampereen kaupunki. http://www.tampere.fi/tampereinfo/projektit/hyvinvointipalvelut/tampere senior/palvelujen_uudistaminen.html (Viitattu 17.1.2015)
- Lotvonen, Sinikka (2002) ITTE-projekti: Kuntouttava työote ikääntyneiden toimintakyvyn tueksi. *Fysioterapia*: 5, 23–25.

- Lundgren, Jarna (1998) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 13–46.
- Lähteenmäki, Maria (2003) Koteja vanhuksille. Ikäihmisten asuminen ja hoiva hyvinvointiyhteiskunnan haasteena. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry.
- Määttä, Mirja (2007) Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 252.
- Nikander, Pirjo (2003) Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti: 40, 279–290.
- Nikkinen, Merja (2001) Psykiatrinen kotikuntoutus: elämään sisältöä ja tukea arjessa selviytymiseen. Sairaanhoitaja: 5, 24–26.
- Noro, Anja, Finne-Soveri, Harriet, Mäkelä, Matti & Alastalo, Hanna (2014) Pohdinta. Vanhuspalvelut 2013 – Tilanne ennen vanhuspalvelulain 980/2012 voimaantuloa. Teoksessa Noro, Anja & Alastalo, Hanna (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportti 13/2014. 189–196.
- Paasivaara, Leena (2002) Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulu: Oulu University Press, Acta Universitatis Ouluensis D707.
- Pärnä, Katariina (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turku: Uniprint Oy Turku, Annales Universitatis Turkuensis 341.
- Rabiee, Parvaneh & Glendinning, Caroline (2011) Organisation and delivery of home care rehabilitation: what makes a difference? Health and Social Care in the Community: 19, 495–503.
- Rautiainen, Ismo (2013) Vanhuspalvelulaki pätkinänkuoressa. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimista. Lahti: Sosiaali- ja terveystoimiala. http://www.paijat-hame.fi/easydata/customers/paijathame/files/kuntayhteisty/seminaarit/sosiaalipoliittinen_fooru/sosiaalipoliittinen_foorumi_isr.pdf (Viitattu 16.11.2014)
- Rintala, Taina (2003) Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes tutkimuksia 132.

- Ruoti, Marja (2013) Ikääntyvien kotikuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntoutujien kokemukset. Opinnäytetyö. Vanhustyön koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.
- Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (2010) Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 9–36.
- Ryburn, Bridget, Wells, Yvonne & Foreman, Peter (2009) Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*: 17, 225–234.
- Saaren-Seppälä, Tarja (2004) Yhteisen potilaan hoito: Tutkimus organisaation rajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteessa. Tampere: Tampereen yliopisto paino Oy, Acta Universitatis Tamperensis 1052.
- Salpakoski, Anu (2014) Mobility Recovery after Hip Fracture and Effects of a Multi-component Home-based Rehabilitation Program. Jyväskylä: University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health* 212.
- SOTKANet-verkkopalvelu. www.sotkanet.fi (Viitattu 10.10.2014)
- STM (2013) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sund, Reijo, Juntunen, Merja, Lüthje, Peter, Huusko, Tiina, Mäkelä, Matti, Linna, Miika, Liski, Antti & Häkkinen, Unto (2008) PERFECT – Lonkkamurtuma. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Helsinki: Stakes.
- Tampereen kaupungin avopalvelut (2014A) Avopalvelut – yhdessä tehden. Esittely 2014. Tampereen kaupunki.
http://www.tampere.fi/material/attachments/a/5n7HFrJJ0/AP_esittely2014.pdf (Viitattu 25.10.2014).
- Tampereen kaupungin avopalvelut (2014B) Päämääränä arvokas elämä – yhdessä tehden. Avopalvelujen toimintasuunnitelma 2014–2017. Tampereen kaupunki.
- Tampereen kaupungin hyvinvointisuunnitelma (2014) Pohjautuu Yhteinen Tampere – näköalojen kaupunki - kaupunkistrategiaan 2025. Tampereen kaupunki.
http://www.tampere.fi/material/attachments/h/6KjP5EKyq/DK_tre_HVS_netiti.pdf (Viitattu 25.10.2014).
- Tampereen kaupungin vuosisuunnitelmaesitys (2014) Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessin vuoden 2015 vuosisuunnitelmaesitys.

http://www.tampere.fi/material/attachments/i/HW53TWJMy/lkaihminen_hyvinvoinnin_yllapitamisen_ydinprosessin_vuoden_2015_vuosisuunnitelmaesitys.pdf (Viitattu 25.10.2014).

Tenkanen, Raija (2003) Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis 62/2003.

Tepponen, Merja (2007) Yhteistyö. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70, 61–81.

THL (2014) Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta.

<http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapolitiikka-ja-palvelujarjestelma/vanhuspalvelulain-toimeenpanon-seuranta> (Viitattu 23.1.2015)

Tsauo, Jau-Yih, Leu, Wen-Shyang, Chen, Yi-Ting & Yang, Rong-Sen (2005) Effects on function and quality of life of postoperative home-based physical therapy for patients with hip fracture. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation: 86, 1953–1957.

Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtionkonttori (n.d.) Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. Uusi toimintamalli avo- ja kotikuntoutukseen. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishanke. Kaunialan Sairaala Oy, Keski-Suomen Sairaskotisäätiö, Sotainvalidien Sairaskoti & Sotainvalidien Veljesliitto.

Valtonen, Anu (2009) Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. 223–241.

Vesaranta, Heli (2014) Projektisuunnitelma. Kotikuntoutuksen kehittäminen 2013 -2014. Tampere: Tampereen kaupunki.

Ympäristöministeriö (2013) Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. Valtioneuvoston periaatepäätös.

Ziden, Lena, Kreuter, Margareta & Frandin, Kerstin (2010) Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture – 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. Disability and Rehabilitation: 32, 18–32.

Liitteet

Liite 1. HAASTATTELURUNKO

Moniammatillinen yhteistyö

- Teettekö työssänne moniammatillista yhteistyötä ja keiden kanssa?
- Millaista moniammatillinen yhteistyö on työssänne? Esim. missä tilanteissa? Mitä se on käytännössä?
- Kuinka iso merkitys moniammatillisella yhteistyöllä on työssänne?
- Mitä moniammatillinen yhteistyö edellyttää työntekijöiltä?
- Onko työssänne hyvät mahdollisuudet toteuttaa moniammatillista yhteistyötä? Miksi?
- Miten moniammatillisen yhteistyön toteuttamista työssänne voitaisiin kehittää tai edistää?
- Onko työssänne tekijöitä jotka edistävät tai estävät moniammatillisen yhteistyön toteutumista?
- Ovatko näkemykset moniammatillisesta yhteistyöstä mielestänne yhteneväisiä omassa työyhteisössänne tai kotikuntoutuksen/kotihoidon kanssa? Jos ei niin miten eroaa?
- Muuta kommentoitavaa moniammatillisesta yhteistyöstä?

Kuntouttava työote

- Mitä mielestänne tarkoittaa kuntouttava työote?
- Miten/millä tavoin kuntouttava työote toteutuu työssänne? Miten se näkyy käytännön työssä?
- Koetteko kuntouttavan työotteen tärkeäksi työssänne? Miksi?
- Mitä kuntouttavan työotteen toteuttaminen edellyttää työntekijöiltä?
- Onko työssänne hyvät mahdollisuudet toteuttaa kuntouttavaa työotetta? Miksi?
- Onko työssänne tekijöitä, jotka edistävät tai estävät kuntouttavan työotteen toteutumista?
- Miten kuntouttavan työotteen toteutumista työssänne voitaisiin kehittää tai edistää?
- Ovatko näkemykset kuntouttavasta työotteesta mielestänne yhteneväisiä omassa työyhteisössänne tai kotikuntoutuksen/kotihoidon kanssa?
- Muuta kommentoitavaa kuntouttavasta työotteesta?

Liite 2. TUTKIMUSTIEDOTE

Hei!

Olen sosiaalipsykologian maisteriopiskelija Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksiköstä. Teen pro gradu -tutkielmaani kotihoidon ja kotikuntoutuksen välisestä yhteistyöstä. Tarkoitukseni on tutkia työntekijöiden näkökulmasta kotihoidon ja kotikuntoutuksen välistä moniammatillista yhteistyötä sekä kuntouttavaa työtettä.

Etsin tutkimukseeni haastateltavaksi kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöitä. Haastateltavilla kotihoidon työntekijöillä tulisi olla kokemusta kotikuntoutuksen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Teemahaastattelut toteutetaan 3-4 hengen ryhmissä. Haastattelut kestävät 1-1,5 tuntia ja ne äänitetään.

Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä eikä osallistujien henkilöllisyys paljastu tutkimusraportista. Aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujat voivat vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. Haastateltavilta kerätään kirjallinen suostumus haastattelujen alussa.

Tutkimukseni ohjaaja on sosiaalipsykologian professori Johanna Ruusuvuori. Mikäli haluatte lisätietoa tutkimuksestani, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin,

Laura Mäkinen